

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA VIDA
MESTRADO EM BIOÉTICA**

ISABEL CRISTINA TAVARES FACURY

**O MÉDICO E O DOENTE: PARADIGMA DA VULNERABILIDADE EM EMMANUEL
LÉVINAS**

CURITIBA

2018

ISABEL CRISTINA TAVARES FACURY

**O MÉDICO E O DOENTE: PARADIGMA DA VULNERABILIDADE EM EMMANUEL
LÉVINAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Bioética da Escola de Ciências da Vida, da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Bioética.

Orientador: Prof. Dr. Waldir Souza
Co-orientador: Prof. Dr. Nilo Ribeiro Júnior

CURITIBA

2018

Dados da Catalogação na Publicação
Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Sistema Integrado de Bibliotecas – SIBI/PUCPR
Biblioteca Central

Facury, Isabel Cristina Tavares
F143m O médico e o doente : paradigma da vulnerabilidade em Emmanuel
2018 Lévinas ; orientador: Waldir Souza ; co-orientador: Nilo Ribeiro Júnior. – 2018.
97 f. ; 30 cm

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná,
Curitiba, 2018
Bibliografia: [91]-97

1. Bioética. 2. Médico e Paciente. 3. Lévinas, Emmanuel, 1906-1995.
I. Souza, Waldir. II. Ribeiro Júnior, Nilo Ribeiro. III. Pontifícia Universidade
Católica do Paraná. Programa de Pós-Graduação em Bioética. IV. Título.

CDD 20. Ed. – 174.9574



Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Escola de Ciências da Vida
Programa de Pós-Graduação em Bioética - Stricto Sensu

GRUPO MARIISTA

**ATA DE SESSÃO PÚBLICA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA**

**DEFESA DE DISSERTAÇÃO w 03/2018
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Bioética**

Em sessão pública às dez horas do dia oito de fevereiro do ano de dois mil e dezoito, na sala 2 do mestrado, realizou-se a sessão pública de Defesa da Dissertação "**O MÉDICO E O DOENTE: PARADIGMA DA VULNERABILIDADE EM EMMANUEL LÉVINAS**" apresentada pela aluna **Isabel Cristina Tavares Facury** sob orientação do **Professor Doutor Waldir Souza** como requisito parcial para a obtenção do título de **Mestre em Bioética**, perante uma Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. Waldir Souza
Presidente

Prof. Dr. José Eduardo Siqueira
Membro interno (PUCPR)

Prof. Dr. Elcio Luiz Bonamigo
Membro externo (UNOESC)

Prof. Dr. Anor Sganzerla
Suplente

Início: }}), (';)' _____ Término i

Conforme as normas regimentais do Programa de Pós-Graduação em Bioética da Pontifícia Universidade Católica do Paraná o trabalho apresentado foi considerado APfco JÀtv} (aprovado/reprovado).

O(a) aluno(a) está ciente que a homologação deste resultado está condicionado (a): (I) ao cumprimento integral das solicitações da Banca Examinadora, que determina um prazo de ____ dias para o cumprimento dos requisitos; (II) entrega da dissertação em conformidade com as normas especificadas no Regulamento do PPGb/PUCPR; (III) entrega de documentação necessária para elaboração do Diploma.

Aluno (a) **Isabel Cristina Tavares Facury**

(Assinatura)

Prof. Dr. Thiago Rocha da
Cunha **Coordenador do
Programa de Pós-Graduação
em Bioética**

A Deus...

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, José Antônio e Nadege, expressão viva do acolhimento...

Ao meu marido, Pedro Gustavo, partilha...

Aos meus orientadores, Waldir e Nilo, pela comunhão e bondade infinita...

Aos meus irmãos, cunhadas e sobrinhos, alegria do existir...

Ao professor Mario Sanches, pelo exercício da fraternidade...

Aos professores do Mestrado, Sandrinha, à PUCPR, aos amigos do mestrado,
saudades...

“Olhai os lírios do campo...”

(Mateus 6:28)

RESUMO

O presente trabalho apresenta o pensamento do filósofo franco-lituano Emmanuel Lévinas para fundamentação da relação médico-doente. Ele outorgou centralidade à figura do Outro em seu pensamento ao longo de toda sua obra. Sua crítica contundente se dirigiu à indiferença e à Ontologia, denominada por ele de filosofia da injustiça, por reduzir o Outro ao Mesmo. A filosofia de Lévinas alça a Ética à filosofia primeira que se traduz na responsabilidade infinita do Eu pelo Outro e por todos os outros. É através da relação de proximidade que é possível romper com o egoísmo. Utilizando-se de várias obras, tanto desse filósofo quanto de outros pensadores, tentou-se buscar outro modelo de relacionamento entre o médico e o doente. Partindo-se da Bioética e de suas correntes, percorrendo-se a história da relação médico-doente e mergulhando no pensamento de Emmanuel Lévinas pôde-se concluir que se faz necessária mudança na estrutura dessa relação e, ao propor-se uma Bioética da Vulnerabilidade, acredita-se buscar a centralidade no doente, cuja fragilidade interpela e exige acolhimento.

Palavras-chave: Relação Médico-doente. Lévinas. Vulnerabilidade.

ABSTRACT

The present assignment shows the french-lithuanian philosopher Emmanuel Lévinas's thought for reasons of the doctor-patient relationship. He granted centrality to the figure of the Other in his thought throughout all his work. His incisive criticism headed to the indifference and to the ontology, called by him as injustice's philosophy, for reducing the Other to the Self. Lévinas philosophy elevates the Ethic to the first philosophy which translates into the Me for the Other infinite responsibility and for all the other people. It is through the nearness relationship that it is possible to break the with egoism. Using diversified works, whether by this philosopher or of other thinkers, tried to find another model of relationship between the doctor and the patient. Starting from Bioethics and its currents, traversing the history of the doctor-patient and getting into the thoughts of Emmanuel Lévinas we can conclude that the structure of the relationship is changed and next to a Bioethics of Vulnerability, is believed to seek a centrality in the patient, whose frailty challenges and requires reception.

Key-words: Doctor-patient relationship. Lévinas. Vulnerability.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	A GÊNESE DA BIOÉTICA E O PROBLEMA DO OUTRO	13
2.1	A PROTO-HISTÓRIA DA BIOÉTICA	13
2.2	AS PRIMEIRAS FORMULAÇÕES DA BIOÉTICA	18
2.3	CORRENTES DA BIOÉTICA	22
2.3.1	Bioética principialista	22
2.3.2	Bioética de proteção	25
2.3.3	Bioética antropológica personalista	26
2.3.4	Bioética de deliberação de Diego Gracia	29
2.4	DA ÉTICA DO CUIDADO AO CUIDADO DO OUTRO	33
2.4.1	A ética do cuidado	33
2.4.2	Do cuidado do ser ao cuidado do outro	37
3	AS VÁRIAS FACES DE UMA RELAÇÃO	41
3.1	FUNDAMENTOS DA RELAÇÃO MÉDICO-DOENTE. RECORTE HISTÓRICO	41
3.2	O ALVORECER DA AUTONOMIA DO DOENTE	43
3.3	O DISCURSO MÉDICO	46
3.3.1	Atual contexto da relação médico-doente	49
3.3.2	O médico e a formação ética	51
4	EM BUSCA DO INFINITO LEVINASIANO – PROPOSTA PARA UMA BIOÉTICA DA VULNERABILIDADE	58
4.1	AS CATEGORIAS FILOSÓFICAS DO PENSAMENTO DE EMMANUEL LÉVINAS	58
4.2	PROXIMIDADE, VULNERABILIDADE E JUSTIÇA EM LÉVINAS	69
4.3	O INFINITO LEVINASIANO NA RELAÇÃO MÉDICO-DOENTE	78
4.4	EM BUSCA DO OUTRAMENTE QUE SER	81
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	86
	REFERÊNCIAS	91

1 INTRODUÇÃO

Nosso pai não voltou. Ele não tinha ido a nenhuma parte. Só executava a invenção de se permanecer naqueles espaços do rio, de meio a meio, sempre dentro da canoa, para dela não saltar, nunca mais. A estranheza dessa verdade deu para estarecer de todo a gente. Aquilo que não havia, acontecia (GUIMARÃES ROSA, 1988, p. 32).

“Só uns achavam o entanto de poder também ser pagamento de promessa; ou que, nosso pai, quem sabe, por escrúpulo de estar com alguma feia doença, que seja, a lepra, se desertava para outra sina de existir” [...] (GUIMARÃES ROSA, 1988, p. 32). “A terceira margem do rio”, conto do livro “Primeiras Estórias”, de Guimarães Rosa, foi escolhido para abrir este trabalho, que se propõe a buscar outra sina de existir e de contemplar a relação médico-doente. Nesse conto insólito, a estranheza já começa pelo próprio nome, que faz referência a uma “terceira margem”. A estória de um pai de família que constrói uma canoa e decide viver no meio do rio é contada pelo filho narrador e se apresenta ideal para a busca pretendida de outro modo de ser, outra maneira de estar no universo da saúde. Se em outros contos desse livro se caminha para algum lugar, nesse, a personagem navega para um horizonte indefinido, talvez para essa terceira margem que deverá ser construída. Esse lugar almejado e sempre em construção pode também ser encontrado na obra “Totalidade e Infinito”, de Emmanuel Lévinas (2017), que fala de um outro modo de existir. Pretende-se, portanto, ao longo deste trabalho, apresentar a filosofia de Emmanuel Lévinas para fundamentação da relação que se dá entre o médico e o doente. Ao se enveredar pelas obras de Guimarães Rosa e de Emmanuel Lévinas, o horizonte de Rosa e o infinito de Lévinas se entrelaçam e se tocam num sentido de transcendência e de encontro, proposta desta pesquisa.

Nesta travessia, o ponto de partida será a Bioética, que começa com Fritz Jahr - que se propôs a refletir sobre a sobrevivência humana no planeta - e com Van Rensselaer Potter, que pretendeu unir ciências biológicas aos valores humanísticos. A Bioética ao longo de seu desenvolvimento teve uma vertente voltada para as questões mais globais do uso da ciência e outra vertente se ocupou dos conflitos éticos suscitados pela utilização das tecnologias na Biomedicina. Foi com os avanços nas ciências, a revolução tecnocientífica e o dinamismo da realidade contemporânea que se verificou uma profunda modificação na *práxis* médica e, conseqüentemente,

na relação médico-doente. Esse abalo largamente documentado na literatura revelou a necessidade de repensar-se a atuação médica com ênfase no resgate dos elementos subjetivos da comunicação entre o médico e o doente, escapando-se de um percurso baseado exclusivamente em dados objetivos e técnico-instrumentais. Cardoso (2008) pontua ser indispensável saber que o indivíduo colocado frente ao médico necessita mais do que de conhecimento técnico-científico, pois aspira a ser visto como um ser humano individual com as suas características e especificidades. O desafio, portanto, é efetivar essa relação como um momento de atenção personalizada, no qual a informação, que resulta da comunicação, é um fundamento, ampliando horizontes na busca de novas posturas.

Nesta pesquisa, pretende-se priorizar a vertente da Bioética que se ocupou da Biomedicina, com enfoque particular no relacionamento entre o médico e o doente. Para tanto, buscou-se um *locus* filosófico que pudesse dar sustentação à teoria e à prática dessa relação. Assim sendo, o pensamento de Emmanuel Lévinas desponta como perspectiva ética desse encontro, procurando reconstruir a subjetividade, não mais a partir da centralidade do Eu, mas sim a partir da alteridade do Outro.

Este trabalho tem como objetivo conhecer o pensamento de Emmanuel Lévinas e, a partir deste, propor um novo paradigma para a relação médico-doente. O primeiro capítulo irá abordar a gênese da Bioética e de suas correntes. Pretende-se, no segundo capítulo, apresentar o processo histórico que se estabeleceu nessa relação, focalizando também a formação médica por se entender a educação como instrumento para a efetiva transformação do ser humano. O terceiro capítulo irá desenvolver o pensamento de Emmanuel Lévinas como fundamento para um novo pensar e agir éticos e para propor uma Bioética que vá além do paradigma da autonomia, rumo ao paradigma da vulnerabilidade.

Esta pesquisa mergulha numa realidade eminentemente humana no exato momento de total fragilidade e vulnerabilidade do ser humano, ou seja, no momento em que acontece o adoecimento vivenciado pessoalmente, por familiares ou por pessoas mais próximas. Em hospitais, clínicas ou em qualquer outro ambiente destinado aos cuidados de saúde há uma realidade latente que não passa despercebida a um observador atento e se mostra com toda a sua crueza: o doente encontra-se só.

É certo que, na complexidade do sistema de saúde, há de haver um espaço para que duas almas, o médico e o doente se encontrem, mas mesmo conhecendo

todas as técnicas e dominar todas as teorias ao tocar uma alma humana, o médico deve ser apenas outra alma humana.

Para o desenvolvimento da pesquisa, realizou-se uma revisão narrativa da literatura, buscando-se autores e temáticas pertinentes a este trabalho. Recorreu-se a artigos e livros sobre a história da Bioética e suas vertentes, sobre o autor Emmanuel Lévinas e algumas de suas obras, dentre elas a mais importante: “Totalidade e Infinito”. Foram utilizados artigos publicados em Português e Espanhol, que abordam a temática sobre cuidado e a relação entre o médico e o doente. A maioria dos artigos selecionados estão indexados nas bases de dados PubMed, BVS e SciELO, e parte das referências são de livros, teses e dissertações. Consideraram-se esses critérios satisfatórios para atender aos objetivos deste trabalho. As palavras-chave usadas isoladamente ou em associação, em Português ou Espanhol, para identificação dos artigos foram: Bioética, relação médico-paciente, Lévinas, ética, cuidado, vulnerabilidade. Para delimitar a busca, utilizaram-se como critérios de inclusão: (a) artigos originais de pesquisa sobre cuidado, ética, relação médico-paciente, Lévinas; (b) dissertações e teses. Os critérios de exclusão foram: editoriais e relatos de caso. Com base nos títulos e nos resumos gerados pela busca, selecionaram-se trabalhos que abordavam o tema objeto desta revisão. Apesar da recomendação atual para o desenvolvimento de revisões sistematizadas, optou-se pela inclusão de todas as pesquisas encontradas que atendiam aos critérios de inclusão e exclusão em razão da menor quantidade de publicações sobre essa temática.

2 A GÊNESE DA BIOÉTICA E O PROBLEMA DO OUTRO

Pretende-se, neste capítulo, apresentar a gênese e a constituição da Bioética. Os passos a seguir serão desenvolvidos percorrendo-se os diversos paradigmas dessa história e algumas de suas correntes. Posteriormente, será apresentada a Ética do Cuidado como transição do cuidado do Ser ao cuidado do Outro, fundamento do relacionamento ético entre o médico e o doente.

O matemático e filósofo inglês Bertrand Russel expressou sua perplexidade sobre os conflitos durante a Segunda Grande Guerra:

Esta sombria perspectiva da raça humana está além de qualquer precedente. A humanidade encontra-se perante uma clara escolha: ou adquirimos um pouco de sensatez, ou iremos todos perecer. Uma reviravolta do pensamento político terá que acontecer para que seja evitado o desastre final (RUSSEL, 1945 apud BARROS, 2005, p. 16).

O senso comum referido por Russel foi traduzido por outros autores em um manifesto elaborado em julho de 1955 e assinado pelos maiores expoentes da ciência do século XX, condenando o uso da ciência para destruição. Nesse universo de insatisfação com a preponderância de uma lógica cientificista, três vezes que se insurgiram interessam particularmente a esta pesquisa: Fritz Jahr, Van Rensselaer Potter e André Hellegers. A importância desses autores se dá na medida em que foram também responsáveis pelo surgimento de outro enfoque ao pensar a Ética. Abre-se, neste capítulo, a gênese, isto é, a origem da Bioética nas suas diversas etapas, sabendo-se que ela nasce com o objetivo de pensar as questões éticas da vida.

2.1 A PROTO-HISTÓRIA DA BIOÉTICA

No século XVI, um novo modelo de racionalidade passou a imperar na ciência moderna, que se desenvolveu nos séculos seguintes com o domínio das ciências naturais. Esse modelo totalitário rompeu com o modelo precedente e se distinguiu de duas outras formas de conhecimento consideradas não científicas: o senso comum e

as humanidades, incluindo-se aí os estudos históricos, filológicos, jurídicos, literários, filosóficos e teológicos (SANTOS, 2010).

Essa revolução científica do século XVI provocou uma transformação sem precedentes na técnica e na sociedade, contribuindo para o divórcio entre as ciências naturais e as humanidades, por que o novo modelo de racionalidade científica procurava eliminar tudo que não se baseasse em argumentos racionais. Nesse contexto, a ciência ganha em rigor, mas perde a capacidade de autorregulação e as ideias de autonomia e de desinteresse científico não resistem ao fenômeno da industrialização da ciência. Foi neste cenário que se desenvolveu o projeto Manhattan em que foram produzidas as bombas que destruíram as cidades de Hiroshima e Nagasaki, acontecimento visto como acidental, mas que frente “[...] à catástrofe ecológica e ao perigo do holocausto nuclear, cada vez mais, tem sido considerado manifestação de um modo de produção da ciência, inclinado a transformar acidentes em episódios sistemáticos” (SANTOS, 2010, p. 57). Neste processo histórico, os interesses econômicos e militares convergem e chegam à quase indistinção. Ao dominar a organização do trabalho científico, a industrialização da ciência produziu uma estratificação das relações de poder entre cientistas que em sua esmagadora maioria foi submetida a um processo de proletarização no interior dos laboratórios e dos centros de investigação. A investigação capital-intensiva tornou impossível o livre acesso a equipamentos, aumentando o fosso existente entre países centrais e periféricos. Na área da saúde observa-se claramente os interesses da indústria farmacêutica na condução das pesquisas em seres humanos.

A proto-história da Bioética começa especificamente a partir da segunda metade do século XIX, quando se iniciaram as pesquisas científicas envolvendo seres humanos. À época, Claude Bernard, fisiologista francês, dizia

[...] temos o dever e, conseqüentemente, o direito de fazer experiências no homem toda vez que isso pode salvar-lhe a vida, curá-lo ou acarretar-lhe uma vantagem pessoal, o cientista só deve se preocupar com a opinião dos cientistas que o compreendem e só tirar regras de condutas a partir de sua consciência (BERNARD apud SCHRAMM; PALÁCIOS; REGO, 2008, p. 61),

Para Neves, M. C. P. (2009, p. 2):

Neste sentido, importa desde já destacar que o efetivo ponto de partida da Bioética é a consideração do homem e das condições éticas para uma vida humana. A perspectiva originária da Bioética é fundamentalmente humanista. São estas condições, indispensáveis para o decurso de uma existência humana, que se viram ameaçadas pelo avassalador progresso das biotecnologias, desencadeado na década de 50. Daí que, para compreender o pano de fundo de onde emergiu a Bioética, se tenha de retroceder ao que já foi designado como a sua pré-história. Isto é, tem de se mergulhar nas condições da sua formação - para a qual contribuem fatores de ordem diversa, entre os quais destacamos os de ordem científico-tecnológica e sócio-política.

Nesse contexto, há ainda que se considerar duas grandes transformações, a cultural e a científica, que ocorreram a partir da segunda metade do século XX. As ciências médicas conheceram um impressionante desenvolvimento com o aparecimento dos antibióticos, vacinas, drogas para doenças mentais, transplantes, procedimentos de reanimação cardiopulmonar, hemodiálise, legalização do aborto e inseminação artificial. Todos esses avanços foram vistos sem reservas, porém, o cenário começou a mudar com o início dos movimentos pacifistas e de libertação do Terceiro Mundo. Nos Estados Unidos, começaram os movimentos contra a discriminação racial e a favor dos direitos civis, com ênfase nos direitos e na autonomia dos indivíduos, e o descrédito das instituições. A guerra no Vietnã e o caso Watergate geraram desconfianças que chegaram à área da saúde após a publicação dos abusos ocorridos no desenvolvimento de pesquisas científicas (FERRER; ÁLVAREZ, 2005). As décadas que se seguiram à Segunda Guerra Mundial foram marcadas pela instauração de uma mentalidade individualista, utilitarista, consumista e pelo declínio das religiões, por conflitos entre minorias e pela fragmentação de instituições como família, escola, religião, política e sistema judiciário (SANTOS, 1988).

Continua Santos (2010, p. 50):

Após a euforia cientificista do século XIX e da aversão à reflexão filosófica bem representada pelo positivismo, chega-se ao final do século XX possuídos pelo desejo quase desesperado de completarmos o conhecimento das coisas com o conhecimento do conhecimento das coisas, isto é, com o conhecimento de nós próprios.

Paralelamente, ocorre a transformação da prática médica com incorporação dos valores científicos e tecnológicos e também a transformação no campo da ética. Os antigos princípios hipocráticos de Não Maleficência e Beneficência, os únicos a reger o ato médico até então, já não podiam ser aceitos consensualmente, pois a

prática médica e científica ao longo do século XX evidenciou abusos contra os sujeitos humanos justificados pelo interesse científico. Para Kottow (2008), após revelação dos horrores praticados na Segunda Guerra Mundial e o julgamento de criminosos, entre os quais se encontravam alguns médicos que tinham protagonizado ou participado de torturas disfarçadas de pesquisa, nasceu o Código de Nuremberg. Esse documento representa uma ruptura histórica, pois foi o primeiro Código de Ética com normas éticas gerais e válidas para toda a pesquisa. O código foi formulado em agosto de 1947, em Nuremberg, Alemanha, por médicos estadunidenses, visando subsidiar juízes do tribunal de Nuremberg para os chamados crimes contra a humanidade, cometidos em pesquisas médicas conduzidas nos campos de concentração.

Os juízes de Nuremberg perceberam que as máximas *primum non nocere* (antes de tudo não causar danos) e *bonum facere* (fazer o bem) da ética hipocrática não eram suficientes para proteger os participantes de pesquisa. Assim, foi elaborado um conjunto de 10 princípios de investigação centrados não no pesquisador, mas no sujeito de pesquisa. Esses princípios, que conhecemos como Código de Nuremberg, incluem uma nova, abrangente e absoluta exigência do consentimento informado (Princípio 1) e um novo direito do sujeito de se retirar da participação em um experimento (Princípio 9). Na pesquisa, que está fora do contexto da benéfica relação médico-doente, essa confiança pode ser deslocada, porque o objetivo principal do pesquisador não é tratar; mas testar uma hipótese científica, seguindo um protocolo, independentemente do melhor interesse do doente. A contribuição fundamental do código foi fundir a ética hipocrática e a proteção dos direitos humanos em um único código. Os profissionais que o elaboraram estavam imbuídos de uma alta estima pela autonomia pessoal e não puderam admitir que a falha ética fundamental das barbáries médicas não havia sido a ausência de consentimento, mas sim a destruição incompreensível de outro ser humano (KOTTOW, 2008).

Mesmo após a produção do código de Nuremberg, pesquisas científicas foram desenvolvidas pelo Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos. Em 1932, teve início um estudo do curso natural da sífilis numa população afro-americana em Tunkesgee, estudo esse denunciado em artigo pela jornalista Jean Heller no *The New York Times* em 26 de julho de 1972 (*Syphilis Victims in US: Study went untreated for 40 yers*). Evidenciado o valor terapêutico da penicilina em 1940, o protocolo de pesquisa não foi alterado e os estudos prosseguiram até 1972. Esse experimento foi conduzido durante 40 anos e a sua interrupção só ocorreu após pressão exercida em

conjunto pelos funcionários do próprio Serviço de Saúde Pública, dos meios de comunicação e da opinião pública. Nesse contexto, os experimentos imorais de inoculação do vírus da hepatite em crianças com retardo mental internadas na Escola Estatal de Willowbrook, bem como a injeção de células cancerígenas em doentes gravemente doentes internadas no Hospital Judeu para Doenças Crônicas do Brooklyn despertaram também a atenção da população. Assim sendo, tornou-se evidente a necessidade de elaborar-se uma regulamentação ética mais completa do que a oferecida pelo Código de Nuremberg (SIQUEIRA, 2008).

A Associação Médica Mundial (WMA) desenvolveu, em 1964, a Declaração de Helsinque com princípios éticos para a pesquisa médica envolvendo seres humanos, materiais e dados humanos identificáveis. Essa declaração foi considerada o documento internacional mais importante relacionado ao controle ético sobre pesquisas em seres humanos, constituindo-se na grande tese democrática do século XX ao considerar a igualdade entre todos os seres humanos.

Henry K. Beecher, numa crítica à qualidade moral das pesquisas, publicou no *New England Journal of Medicine*, em 1966, um artigo no qual denunciava 22 pesquisas médicas eticamente duvidosas publicadas em revistas médicas e desenvolvidas nos EUA a partir de 1930. Essas pesquisas eram desenvolvidas sem o consentimento dos sujeitos pesquisados e existia uma relação claramente desfavorável a eles. Após a divulgação de todos esses casos, o congresso americano estabeleceu, em 1974, a *National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research*. Em 1978, essa comissão produziu um relatório, o *Belmont Report* (DEPARTAMENTO DE SALUD, EDUCACIÓN Y BIENESTAR, 1978), apresentando os princípios éticos de beneficência, como respeito pelas pessoas e pela justiça, que deveriam guiar toda experiência com seres humanos. Tom Beauchamp foi membro efetivo desta comissão e um ano após juntamente com James F. Childress publicam *Principles of Biomedical Ethics* ampliando este relatório ao introduzir o princípio de não maleficência.

Outros problemas éticos surgiram com a técnica de hemodiálise no ano de 1961, quando centenas de americanos necessitavam do procedimento, mas a Universidade Washington, em Seattle, não conseguia atender à demanda. Para contornar o problema, foi criada uma comissão de ética, constituída basicamente por uma maioria de pessoas fora do meio médico, a conhecida *God's Committee*, cuja

missão era selecionar doentes para realizar a hemodiálise, instituindo-se um novo domínio da reflexão e da prática.

Neves, M. C. P. (2009, p. 2) explica que:

Na confluência destes fatores encontramos a crise da noção de progresso como essencialmente positiva e a intensificação do questionar da ciência. É o despertar de uma nova consciência de se ser, de um apurado sentido do humano, que se interroga pelo “que devo fazer?” face ao “que posso fazer?”. Com uma insistência sempre crescente, pergunta-se agora não apenas “o que podemos fazer”, mas também “o que devemos fazer”. O imperativo científico (científico-tecnológico) cede progressivamente lugar ao imperativo ético.

2.2 AS PRIMEIRAS FORMULAÇÕES DA BIOÉTICA

A humanidade necessita urgentemente de uma nova sabedoria que forneça o conhecimento de como usar o conhecimento para a sobrevivência humana e para o melhoramento da qualidade de vida. Esse conceito de sabedoria como um guia para ação - o conhecimento de como usar o conhecimento para o bem social - poderia ser chamado de ciência da sobrevivência. [...] A ciência da sobrevivência deve ser mais que ciência apenas; portanto, sugiro o termo bioética para enfatizar os dois ingredientes mais importantes na obtenção da nova sabedoria que é tão desesperadamente necessária: conhecimento biológico e valores humanos (POTTER, 2016, p. 27).

Com esses conceitos, Van Rensselaer Potter, pesquisador, professor de oncologia da Universidade de Wisconsin e considerado um dos pais da Bioética, introduz na comunidade científica por meio de um artigo intitulado: *Bioethics: The Science of Survival*, publicado na Revista *Perspective in Biology and Medicine*, v. 14, n.1, p. 127 -153, 1970, o neologismo “bioética” que, em 1971, viria a ser o primeiro capítulo do seu livro: *Bioethics: Bridge to the Future*. A primeira versão em português do livro “Bioética: Ponte para o Futuro” (2016) pontua que a inserção do termo Bioética se deu no despertar do progresso científico, quando o uso descontrolado da energia atômica, fruto do progresso, provocou a destruição das cidades de Hiroshima e Nagasaki por ocasião da Segunda Guerra Mundial. Eram tempos também da revolução biotecnológica, da engenharia genética, da fertilização *in vitro* com a possibilidade de criar vida fora do corpo humano e dos transplantes de órgãos. Potter estava convencido de que a ciência não poderia avançar sem uma reflexão ética sobre os riscos da sobrevivência planetária.

Porém, 43 anos antes, Fritz Jahr, professor e pastor, em seu artigo “Um Panorama sobre as Relações Éticas do ser Humano com os Animais e as Plantas”

havia antecipado as discussões propostas por Potter. O professor Rolf Lothar, da Universidade de Humbolt, Berlim, encontrou, em 1990, no periódico Kosmos, um artigo de Fritz Jahr, escrito em 1927, que trazia o termo *bio-ethick* e propunha um imperativo bioético: “Respeita todo ser vivo essencialmente como um fim em si mesmo e trata-o, se possível, como tal!” (PESSINI, 2013, p. 15). A Bioética nasceu reivindicando a inclusão de plantas e animais na reflexão ética que se ocupava exclusivamente dos humanos. Isso demonstra o quão necessárias se tornaram as temáticas da vida, da ética e do meio ambiente num século marcado por profundas transformações.

A obra *Bioethics: Bridge to the Future*, de Van Rensselaer Potter, apresenta o propósito do livro logo no prefácio:

O propósito deste livro é contribuir para o futuro da espécie humana, por promover a formação de uma nova disciplina, a bioética. [...] O que temos que encarar é o fato de que a ética humana não pode ser separada de um entendimento realista da ecologia no seu mais amplo sentido. Valores éticos não podem ser separados dos fatos biológicos. Estamos em grande necessidade de uma ética da terra, uma ética da vida selvagem, uma ética populacional, uma ética do consumo, uma ética urbana, uma ética internacional, uma ética geriátrica, e assim por diante (POTTER, 2016, p. 23).

Para Potter, a Bioética deveria englobar como campo de reflexão o controle da população, a paz, a pobreza, a ecologia, a vida animal, o bem-estar da humanidade; enfim, buscar a sobrevivência da espécie humana e a do planeta como um todo. A Bioética seria um empreendimento interdisciplinar para levar o debate ao plano da responsabilidade social (DURAND, 2003). Potter pensava a Bioética como “ponte” ao relacionar a Ética com os fenômenos da vida humana em seu sentido mais amplo, incorporando as questões biomédicas e sociais e, especialmente, os temas ambientais ligados à sustentabilidade do planeta (FERRER; ÁLVAREZ, 2005). Portanto, a Bioética de Potter é, sobretudo, ecológica.

Em 1980, Potter caracteriza a bioética global e enfatiza o seu caráter interdisciplinar e abrangente. Absorve a temática da área da saúde, mas não se restringe a ela. Com isto, tenta restabelecer o caráter original pensado por ele ao incluir as questões ambientais. Potter inspirou-se na obra de Aldo Leopold que, em 1930, propôs a ética da terra, que ampliava a proposta de Jahr ao incluir, além das

plantas, o solo e os demais recursos da terra em uma reflexão bioética (GOLDIM, 2006).

Em 1998, Potter define a Bioética Profunda, inspirado na obra de Arne Naess, “A Ecologia Profunda”. Seu interesse combina ética, humildade, responsabilidade, competência interdisciplinar e intercultural para desenvolver o senso de humanidade. Para ele, a humildade se traduz em “posso estar errado” e exige responsabilidade com a inclusão de todos os seres vivos contemporâneos e ainda não existentes. A interdisciplinaridade é definida de maneira a incluir a ciência e as humanidades e a competência intercultural, fruto do reconhecimento da humildade e da tolerância entre diferentes grupos e culturas de forma consequente e abrangente. Pensar Bioética é pensar de forma solidária, é assumir uma postura íntegra frente ao outro, à sociedade e à natureza.

Potter não teve grande influência no desenvolvimento da Bioética estadunidense, em parte por falta de apoio institucional e econômico. Porém, hoje se observa uma retomada dos seus ideais expressos, principalmente, no seu segundo livro, *Global Bioethics*, necessários para uma ética do século XXI, em que urge tratar da ecologia e da justiça (FERRER; ÁLVAREZ, 2005).

O neologismo “bioética” é constituído por duas palavras de origem grega: *bios* e *ethos*. Originariamente aplicado somente à vida humana, *bios* significa “vida”, mas hoje, designa um fenômeno que engloba todos os seres vivos, e *ethos*, significa ética aplicada num caráter normativo, como a ciência dos costumes tomando para si a reflexão sobre os fundamentos da ação humana. Para Potter (2016), Bioética é a combinação do conhecimento biológico com o conhecimento dos valores humanos.

Várias são as definições de Bioética. Para Neves, M. C. P. (1996 p. 8), “[...] designa uma ética aplicada à vida, refere-se ao comportamento ou conduta do homem em relação à vida, uma ética para as ciências da vida atenta aos princípios fundamentadores do agir humano e sem descuidar da função normativa”. Em Oliveira. A. A. S. (2010), pode ser caracterizada como uma ética aplicada de natureza interdisciplinar, cuja apresentação se dá sob a forma de discursos e práticas; assim como se distingue por se configurar como análise ética direcionada para a tomada de decisões. “É um método de pesquisa interdisciplinar, colocado em ação com o objetivo de desenvolver uma reflexão ética e de construir um saber teórico-prático sobre as questões colocadas ao ser humano e às sociedades pelos progressos da Biomedicina” (DURAND, 2003, p. 107). Na *Encyclopedia of Bioethics*, (REICH, 1995)

comenta que a Bioética estuda as dimensões morais, decisões, Condutas, políticas das ciências da vida e do cuidado da saúde e usa uma variedade de metodologias éticas num contexto interdisciplinar.

Em 1971, André Hellegers, um obstetra holandês da Universidade de Georgetown, Washington D.C., fundou o *Joseph and Rose Kennedy Institute for Study of Human Reproduction and Bioethics*, sem que aparentemente tivesse conhecimento da utilização por Potter do termo “bioética”. A missão do instituto era reunir médicos e teólogos para discutir os avanços médicos tecnológicos e os desafios do mundo ocidental. Essa visão limitou a Bioética às questões levantadas pelas ciências biológicas e à sua aplicação na Medicina. O fundador do *Kennedy Institute* seria o primeiro a utilizar essa palavra nesse sentido mais restrito e lançaria a Bioética como campo de estudo universitário e como movimento social (DURAND, 2003).

Para Reich (1995, p. XXI), historiador da Bioética e organizador da *Encyclopedia of Bioethics*, o legado de Hellegers é ter se colocado na Bioética como “[...] uma pessoa ponte entre a Medicina, a Filosofia e a Ética.”

Para Garrafa, Saada e Kottow (2006), Potter teve sua ideia original modificada, para então atender às situações de conflito entre os profissionais de saúde e seus doentes, entre os investigadores e as empresas com os sujeitos das pesquisas. Potter idealizava a Bioética numa visão de “ponte”, de uma ética que se relacionava com os fenômenos da vida humana no seu mais amplo sentido. Procurava, assim, incorporar não somente as questões biomédicas e as sociais, mas especialmente os temas ambientais ligados à sustentabilidade do planeta. Foi com esse novo enfoque que, nos anos 80, a Bioética tornou-se conhecida internacionalmente, consolidando-se, nos anos de 1990, a partir dos Estados Unidos (GARRAFA; SAADA; KOTTOW, 2006).

Ribeiro Júnior (2008, p. 21) afirma:

Interessa-nos, pois, enfatizar que, antes mesmo que a Bioética fosse constituída como disciplina ou ciência da vida, o enfrentamento das questões éticas no tocante à proteção da vida e à violação dos direitos humanos foi determinante para o surgimento do termo usado para designá-la. Daí a importância do que denominamos de proto-história da Bioética como disciplina. Num primeiro momento, o termo aparece vinculado ao expressivo avanço das ciências e da escalada das experiências médicas envolvendo seres humanos, as quais remetiam à questão do respeito à dignidade humana.

Diego Gracia (2007) posiciona a Bioética dentro da ética da responsabilidade, em que o termo responsabilidade não tem um sentido jurídico, mas sim moral. Para o

autor, Ética antecede o direito que tem por objeto julgar a ação externa e suas consequências e, nisto, se diferencia da ética que vê as intenções recônditas dos atos que são o conhecimento, a liberdade e a voluntariedade do fazer.

A história da Bioética revela o fortalecimento da reflexão ética, sua aplicação à vida e sua crescente capacidade de implantação e intervenção nas diferentes sociedades. Tem-se exercido a Bioética em dois níveis: o da reflexão (discurso) e o da ação (prática). A reflexão conduz a uma visão lúcida das questões sem exatamente resolvê-las e, no nível prático, atua ao propor normas de ação decorrentes dos princípios fundamentais do agir humano, contribuindo para a tomada de decisões.

2.3 CORRENTES DA BIOÉTICA

A Bioética foi marcada especialmente pelo *Belmont Report*, que deu forma a uma concepção particular, o principlismo. A bioética de princípios sofreu muitas críticas e, entre as concepções críticas e que se colocaram como correntes alternativas destacam-se: a casuística, da virtude, do cuidado, do direito natural, a libertária, a contratualista, a narrativa, a antropológico-personalista e a de proteção. Para melhor fundamentação da boa relação médico-doente, serão explicitadas as correntes principlista, personalista, deliberativa e de proteção - base da ética do cuidado.

2.3.1 Bioética principlista

Herdeiro do Relatório Belmont (1995), este modelo tem sua origem nas pesquisas éticas e bioéticas feitas pelos pesquisadores do *Institute Kennedy*. A Bioética passaria então a ter uma nova concepção, o principlismo. A obra “Princípios de Ética Biomédica”, de Tom L. Beauchamp e James F. Childress (2013), considerada referência e publicada pela primeira vez em 1979, pelos pesquisadores do *Kennedy Institute*, postula quatro princípios: Respeito pela Autonomia, Beneficência, Não Maleficência e Justiça para a solução dos dilemas éticos na saúde. O nome principlismo foi dado pelos críticos deste modelo em função do simplismo da teoria, entretanto, o nome foi posteriormente adotado pelos próprios autores.

Os Princípios de Não Maleficência e de Beneficência correspondem aos deveres do agente, ou seja, de uma ética deontológica médica. No Princípio de

Autonomia, o doente deve ser tratado como pessoa e tem o direito de decidir sobre questões relativas à sua vida. Esse princípio surge no âmbito da cultura dos direitos humanos. O Princípio de Justiça é aquele que mais se distancia da ética médica tradicional, sendo introduzido nas discussões bioéticas, sobretudo na conflituosa alocação de recursos e na conseqüente necessidade de decidir-se o que e a quem priorizar no acesso a bens considerados finitos e escassos. No campo da pesquisa, está associado à distribuição equitativa dos riscos e dos benefícios inerentes a essa participação.

Segundo Ferrer e Álvarez (2005), para que uma proposta seja principialista, deve conceder aos princípios ou normas gerais um lugar central na reflexão bioética, em que os princípios são as normas morais mais amplas e gerais, que, por sua vez, são a fonte e o fundamento de outras normas mais específicas.

O Princípio de Respeito pela Autonomia exerce um papel central nesse sistema, apesar de Beauchamp e Childress (2013) considerarem a não existência de uma hierarquia entre os princípios. Eles preferiam determinar as características das ações autônomas, pois, segundo os autores, mesmo pessoas autônomas podem tomar decisões não autônomas. Agir autonomamente é ter intencionalidade, compreensão e estar livre de controle externo sobre a ação. Dessa forma, “O respeito pela autonomia exige, pelo menos, que se reconheça o direito do sujeito moral de ter seus próprios pontos de vista, de fazer suas próprias opções e de agir em conformidade com seus valores e crenças pessoais” (FERRER; ÁLVAREZ, 2005, p. 125). Trata-se de princípios *prima facie*, mas que pode ser substituído por outras considerações morais quando existirem conflitos. No caso de pessoas com autonomia diminuída, são legítimas as intervenções de índole paternalista.

O Princípio de Beneficência refere-se à obrigação moral de agir em benefício de outros, promovendo seus interesses justificáveis e legítimos. Exige que os agentes tomem atitudes positivas para ajudar os outros e não apenas que se abstenham de realizar atos nocivos ponderando benefícios e desvantagens. Deve-se proteger e defender direitos; evitar danos; eliminar situações que causem danos; ajudar pessoas inaptas e socorrer pessoas em perigo. Essas regras nem sempre precisam ser obedecidas de modo imparcial e nunca devem ser utilizadas para punições legais.

O Princípio de Não Maleficência obriga a não causar dano intencional, uma vez que “O mais fundamental da vida moral e o que nos vincula de modo mais rigoroso é a obrigação de evitar o mal” (FERRER; ÁLVAREZ, 2005, p. 128). Embora não exista

hierarquia entre os princípios, a obrigação de não maleficência se sobrepõe à beneficência e não basta qualquer justificativa utilitarista para desconsiderar este princípio. Dele, derivam outras normas morais mais específicas, como não matar, não causar dor ou sofrimento, não causar incapacidade, não ofender e não privar outras pessoas dos bens da vida.

O Princípio de Justiça considera como obrigação distribuir com equidade benefícios e danos. Beauchamp e Childress (2013) defendem a justiça distributiva referindo-se à distribuição equitativa de direitos, benefícios e responsabilidades na sociedade. Os problemas aparecem quando os bens são poucos e as necessidades são muitas, portanto, são necessários critérios para se distribuir encargos e benefícios. Esses critérios foram descritos como formais e materiais. Por critério formal, entende-se o princípio aristotélico de tratar os iguais igualmente e os desiguais desigualmente. A crítica ao princípio aristotélico é que ele carece de conteúdo ao não estabelecer critérios para identificar a igualdade, tornando necessário o uso de critérios materiais de justiça que são: a cada pessoa uma porção igual, a cada pessoa segundo suas necessidades, a cada pessoa segundo seus esforços, a cada pessoa segundo sua contribuição, a cada pessoa segundo seu mérito e a cada pessoa segundo as regras de intercâmbio num mercado livre. Esses autores defendem que cada um desses critérios materiais contenha uma obrigação *prima facie*, cuja força deve levar em conta circunstâncias particulares ou a esfera da vida na qual o princípio será aplicado.

Para que os princípios possam orientar as decisões morais na prática clínica e na pesquisa biomédica, é necessário que eles sejam especificados e ponderados. Para evitar arbitrariedades, os autores apresentam as condições que regulam o processo de ponderação moral, mas admitem que a proposta não responde todos os dilemas morais.

O êxito do principialismo consiste na simplicidade de sua teoria e na sua fácil aplicação na tomada de decisões nos casos concretos da biomedicina. No entanto, a carência de uma metodologia não permite orientar-se na tomada de decisões morais, bem como a ausência de hierarquia entre os princípios conduz à arbitrariedade e ao uso da intuição para a resolução de conflitos. Na perspectiva da bioética da vulnerabilidade, o principialismo não é suficiente para a fundamentação dessa proposta, uma vez que se faz necessário ir além, em direção ao outro, em toda a sua alteridade, pois o doente continua solitário com sua autonomia, precisando do

acolhimento e do real interesse do médico por aquela pessoa vulnerável que a ele se apresenta.

2.3.2 Bioética de proteção

Proposta recentemente no campo da Bioética, a bioética da proteção foi elaborada no começo do século XXI por pesquisadores latino-americanos que consideravam que o principlismo não permitia o enfrentamento dos problemas éticos presentes no âmbito da saúde pública, como a prevenção de doenças e a promoção de saúde.

Os avanços tecnocientíficos, a transição epidemiológica que vem ocorrendo na sociedade e a demanda por serviços qualificados têm suscitado um debate ético sobre os cuidados mínimos em saúde a serem garantidos pelo Estado. É uma proposta ética que preconiza um princípio de proteção capaz de dirimir os problemas recorrentes na saúde pública por meio do Princípio de Solidariedade e do Princípio de Responsabilidade. Para Schramm e Kottow (2001), a solidariedade constitui um importante elemento para se pensar uma medicina equitativa e sustentável, porém, é um princípio que se mostra insuficiente por estar obrigado a ser solidário com todos em situações de profundas necessidades diversas. Para esses autores, dos diversos tipos de responsabilidade, a responsabilidade ôntica (para com o ser), de Hans Jonas, e a responsabilidade diacônica (para com o outro), de Emmanuel Lévinas, poderiam ser aplicadas numa ética em saúde pública. Nessas duas categorias de responsabilidade (ôntica e diacônica), o agente moral deve amparar o sujeito vulnerável que dele necessita. A responsabilidade ôntica, segundo Jonas, se assemelha à de um pai frente a um filho, o que poderia levar a um determinado grau de paternalismo, já em Lévinas a responsabilidade diacônica leva o Ser a assumir o Outro desamparado a uma responsabilidade incondicional, que só pode ocorrer em uma relação assimétrica e não de reciprocidade. No âmbito das políticas públicas de prevenção e promoção, sem uma responsabilização bem definida, fica difícil exigir seu cumprimento. Nesses casos, a responsabilidade deve ter a obrigação de responder concretamente. Por isso, é possível substituir o Princípio de Responsabilidade pelo Princípio de Proteção, que guia os atos de um modo mais comprometido e com mais viabilidade (SCHRAMM; KOTTOW, 2001).

Os principais elementos do Princípio Ético de Proteção são: a gratuidade, a vinculação e a satisfação das necessidades essenciais do sujeito. Não se trata de uma redução do Princípio de Beneficência ou de algum tipo de paternalismo, já que o agente protetor não pode agir sem o consentimento da população. A saúde pública tem como tarefa implementar medidas de prevenção e promoção da saúde referentes a populações humanas e seu entorno socioambiental. Esta é a ética de responsabilidade social que os autores denominam de ética de proteção, cujas obrigações sanitárias estão justificadas ao submeter-se a autonomia individual às necessidades do bem-estar coletivo e que não podem ser postergadas pelo Estado.

Os autores acreditam que este princípio é o mais apropriado para integrar responsabilidade moral e efetividade pragmática, respeitando-se a pluralidade das necessidades e dos valores das sociedades atuais como uma forma justa e razoável de propiciar bens sanitários. A bioética de proteção contribui, assim, com o Princípio de Responsabilidade, elemento essencial para se delinear uma nova postura do médico frente ao doente, preparando uma fundamentação necessária na perspectiva da bioética da vulnerabilidade.

2.3.3 Bioética antropológica personalista

Essa corrente, defendida pelo professor e cardeal Elio Sgreccia, da Universidade Católica de Roma, está centrada nos problemas morais da medicina com orientação nitidamente católica. Preocupa-se com o relativismo ético decorrente da amplitude do objeto da Bioética, o que a impediria de realizar sua função normativa. A Bioética não pode ser concebida como confrontação entre diversas opiniões e posições éticas existentes, mas deveria buscar uma visão integral da pessoa humana, sem reducionismos ideológicos nem biologicistas. Sgreccia afirma que a primeira questão a ser resolvida é sobre a essência do homem, que deve ser ligada à questão de seu caráter espiritual. A essência da pessoa humana é definida como corporeidade e espiritualidade unidas, que é fundamentada pela existência do Eu e pela possibilidade da relação com o Tu e do nascimento do Nós, incluindo-se a relação com o Tu transcendente. A capacidade dialógica do “Eu” está também na sua capacidade de estabelecer relação do Eu com o Tu, de “Ser no mundo com os outros”.

Para a doutrina de Sgreccia, é a partir da espiritualidade do ser que se pode avaliar adequadamente sua corporeidade. Portanto, todo ato médico e toda intervenção no corpo deve levar em conta essa corporeidade.

Para essa doutrina, os princípios clássicos do principialismo carecem de adequada fundamentação ontológica e antropológica, tornando-os estéreis e confusos. Seria necessária a hierarquização e a sistematização desses princípios, o que só poderia ocorrer ao reelaborá-los e redefini-los com base em uma teoria que tenha na pessoa humana seu critério último e da qual emanem alguns corolários. Através da fundamentação ontológica e personalista, que se refere a um bem objetivo, evita-se o relativismo moral. A bioética personalista propõe os seguintes princípios (SGRECCIA, 2014):

1. Princípio da Defesa da Vida Física: o corpo é o valor fundamental da pessoa, é coessencial, fundamento único no qual e por meio do qual a pessoa se realiza, se expressa e se manifesta, bem como exprime os demais valores. Ressalta-se que o respeito pela vida, a sua defesa e a sua promoção representam o primeiro imperativo ético do homem diante de si mesmo e diante dos outros.
2. Princípio da Totalidade ou Princípio Terapêutico: princípio basilar da ética médica, fundamenta-se no fato de que a corporeidade humana é um todo unitário. O Princípio da Inviolabilidade da Vida é posto em prática toda vez que, para salvar o todo, é preciso intervir de maneira mutilante sobre uma parte do organismo. Esse princípio exige algumas condições: que se trate de intervenção sobre a parte doente para salvar o organismo sã; que não haja outros modos para fugir da doença; que haja boa chance de sucesso; que se tenha o consentimento do doente ou de quem de direito.
3. Princípio da Liberdade e da Responsabilidade: a liberdade deve arcar com a responsabilidade da vida própria e da do outro. O Princípio da Defesa da Vida Física delimita que é valor superior à liberdade e limita a liberdade e a responsabilidade do médico, que não pode transformar o tratamento em coação em todos os casos nos quais a vida não esteja em questão. O médico tem o dever de informar o doente sobre o andamento da terapia e de pedir ulterior e explícito consentimento todas as vezes em que houver circunstâncias não previstas.
4. Princípio da Subsidiariedade: está entre as mais constantes e características diretrizes da doutrina social da Igreja. É impossível promover a dignidade da pessoa sem que se cuide da família, dos grupos, das associações, das realidades

territoriais locais. Em outras palavras, daquelas expressões agregativas de tipo econômico, social, cultural, desportivo, recreativo, profissional, político. Com base neste princípio, todas as sociedades de ordem superior devem pôr-se em atitude de ajuda (subsídiam) em relação às menores. Este princípio protege as pessoas de abusos das instâncias sociais superiores. Consequência característica da subsidiariedade é a participação que se exprime em uma série de atividades mediante as quais o cidadão contribui para a vida cultural, econômica, política e social da sociedade civil a que pertence (COMPÊNDIO DA DOUTRINA SOCIAL DA IGREJA, 2011).

5. Princípio de Solidariedade: a solidariedade apresenta dois aspectos complementares, o de princípio social e o de virtude moral. Como virtude é a determinação firme e perseverante de se empenhar pelo bem comum, ou seja, pelo bem de todos e de cada um, porque todos nós somos verdadeiramente responsáveis por todos. A solidariedade eleva-se ao grau de virtude social fundamental, pois coloca-se na dimensão de justiça, virtude orientada por excelência para o bem comum, e na “[...] aplicação em prol do bem do próximo, com a disponibilidade, em sentido evangélico, para perder-se em benefício do próximo em vez de explorá-lo, e para ‘servi-lo’ em vez de oprimi-lo para proveito próprio” (COMPÊNDIO DA DOUTRINA SOCIAL DA IGREJA, 2011, p. 117). A solidariedade é o espaço oferecido à liberdade humana para prover crescimento comum, compartilhado por todos. Este princípio implica que os homens do nosso tempo cultivem consciência do débito que têm para com a sociedade em que estão inseridos: são devedores daquelas condições que tornam possível a existência humana. Tal débito há de ser honrado nas várias manifestações do agir social, de modo que o caminho dos homens continue aberto às gerações presentes e às futuras, chamadas a compartilhar na solidariedade do mesmo dom (COMPÊNDIO DA DOUTRINA SOCIAL DA IGREJA, 2011).

No Princípio da Defesa da Vida Física, o corpo é “coessencial” à pessoa porque é o fundamento único e necessário para sua existência no tempo e no espaço como espírito encarnado. Para Sgreccia (2014, p. 82), o respeito, a defesa e a promoção da vida corpórea constituem o primeiro imperativo ético que se impõe ao ser humano. O Princípio da Liberdade e da Responsabilidade não tem precedência ao direito à vida, mas obriga o doente a cooperar com os cuidados médicos ordinários necessários, ainda que não se possa impor a ninguém tratamento médico obrigatório. Já o Princípio

da Totalidade fundamenta-se no caráter unitário da corporeidade humana e não se quebra o Princípio da Integridade Física ao impor-se uma ação mutiladora para salvar a saúde ou a vida da pessoa. Entretanto, impõe-se que o consentimento do doente seja necessário para a saúde de todo o organismo. No Princípio de Sociabilidade e Subsidiariedade, que se fundamenta em dados antropológicos de sociabilidade humana, justifica-se a doação de órgãos, ajudando-se quando as necessidades são mais graves e urgentes.

Importa destacar nesta corrente bioética “o ser no mundo com os outros” e na capacidade do Eu estabelecer relação com o Tu, pois somente através desta relação é que se impede o individualismo subjetivista e o abandono do doente às suas dores e angústias.

2.3.4 Bioética de deliberação de Diego Gracia

Diego Gracia, autor espanhol, em seu livro “Fundamentos de Bioética” considera que a Ética é a análise racional das obrigações que o homem tem para consigo e para com os demais. A teoria moral própria da Bioética seria estritamente teleológica, ou seja, são teorias que julgam a bondade ou maldade das ações somente por suas consequências. O autor esboça um sistema hierarquizado de valores cujos Princípios de Não Maleficência e de Justiça (nível 1) são superiores aos Princípios de Autonomia e de Beneficência (nível 2) porque representam o bem comum, fundamentam-se no Princípio de Universalidade e podem ser exigidos coercitivamente, sendo contemplados pelo Direito. O nível 2 é constituído pelos Princípios de Autonomia e de Beneficência, que dependem do sistema de valores de cada indivíduo, que é quem define o que, o como, o onde e o a quem.

Esses dois níveis definem as dimensões da vida moral. Uma é a esfera privada, com os Princípios de Autonomia e de Beneficência, e outra é a esfera pública, com os Princípios de Não Maleficência e de Justiça. Entre esses dois níveis se define uma relação cronológica na qual o nível 1 antecede o nível 2 e uma relação hierárquica em que os deveres de nível público têm prioridade sobre os de nível privado. Todas as teorias morais são incompletas e insuficientes, por isso um sistema moral coerente deve ponderar os princípios e as consequências de cada caso particular. Atualmente, Gracia vem propondo um modelo de decisão baseado em uma metodologia

deliberativa, centrada nos valores, que pode ser vista como complementar ao seu sistema hierarquizado dos princípios.

Segundo Ferrer e Álvarez (2005), esta proposta é bem fundamentada, coerente, aberta e flexível, pois permite adotar modificações que se produzem com a passagem do tempo. A primazia dos Princípios de Não Maleficência e de Justiça corrobora para uma proposta que tem no outro a sua vocação.

Reportando a Pessini e Barchifontaine (2005), os modelos anglo-americanos não foram bem aceitos na Europa e na América Latina. Os europeus criticam a concepção eminentemente técnica dada à Bioética, já os latino-americanos defendem que a Bioética deveria se voltar para os problemas éticos da saúde, como aperfeiçoamento do sistema de saúde, ênfase na medicina social, melhoria no acesso aos serviços de saúde e estabelecimento de critérios de justiça e equidade na alocação de recursos. Assim:

Uma bioética pensada no nível “macro” (sociedade) precisa ser proposta como alternativa à tradição anglo-americana de uma bioética elaborada no nível “micro” (solução de casos clínicos). A bioética sumarizada num *bios* de alta tecnologia e num *ethos* individualista (privacidade, autonomia, consentimento informado) precisa ser complementada na América Latina por um *bios* humanista e um *ethos* comunitário (solidariedade, equidade, o outro) (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2005, p. 70).

Em verdade, alguns dos princípios acima enunciados foram identificados não especificamente para a Bioética, mas para pesquisas envolvendo seres humanos. Eles foram adotados por muitos como princípios da Bioética em razão do seu pragmatismo, da forte influência do Instituto Kennedy e do surgimento do Relatório Belmont. Pode-se dizer que os quatro princípios têm forte fundamentação deontológica e diceológica, porém, a Bioética não se completa apenas com base em direitos e deveres (HOSSNE, 2006) e tais princípios não são suficientes para permitir uma reflexão ética mais aprofundada. Para isso, seria necessário proporem-se outros princípios.

Como referido na introdução desta pesquisa, interessa particularmente aqui o Princípio Ético Vulnerabilidade, que foi alçado a esta condição pela primeira vez em 1998, na Declaração de Barcelona. Vulnerabilidade deriva de *vulnus*, “ferida”, e é definida como “suscetibilidade de ser ferido”. Foi justamente por levar em conta a suscetibilidade do meio ambiente que Potter propôs a Bioética. A vulnerabilidade pode ser considerada um elemento prioritário sobre os demais princípios e expressa, em

um primeiro sentido, uma realidade constitutiva e universal do ser humano e, em uma segunda acepção, uma condição que ameaça a autonomia, a dignidade e a integridade. Para Schramm (2008), “vulnerabilidade” é a condição ontológica de qualquer ser vivo e “vulnerada” é a pessoa submetida a danos e carências concretas.

A vulnerabilidade é uma temática que adquiriu espaço no âmbito da Bioética mais recentemente, a partir de questões relacionadas, sobretudo, à pesquisa com seres humanos. No entanto, a vulnerabilidade é uma condição que surgiu com o nascimento da Medicina, estando implicitamente considerada ao que viria a se chamar de Princípio de Não Maleficência no juramento hipocrático, que precisava balizar eticamente o poder do médico para proteger o doente em sua vulnerabilidade.

A vulnerabilidade passa a ser discutida muito mais na pesquisa do que na prática assistencial, o que não deixa de chamar a atenção, pois os participantes em pesquisa são em número menor do que na assistência. Mas é na pesquisa que a vulnerabilidade tem despertado maior preocupação, o que culminou com a gênese de documentos internacionais regulatórios (Código de Nuremberg, Relatório Belmont) e do próprio estabelecimento dos princípios da Bioética, após abusos praticados em grupos vulneráveis. Os experimentos humanos em larga escala viriam a demonstrar a necessidade de outros balizamentos. Mesmo em outros documentos, a vulnerabilidade é mais frequentemente abordada na área de pesquisa em humanos, sem uma análise mais consubstanciada, ora vinculada ao Princípio da Autonomia, ora ao da Justiça, e cujo equacionamento da questão se resolveria com os cuidados na obtenção do termo do Consentimento Livre e Esclarecido. Porém, sabe-se que isso não é suficiente, pois se existe o risco de alguém ser ofendido é porque existe alguém disposto a agredir e a simples obtenção do termo não descarta tal possibilidade.

A primeira noção de vulnerabilidade foi introduzida no vocabulário bioético e persiste como uma característica particular, relativa e provisória no campo da experimentação humana, tornando cada vez mais frequente a constatação de uma realidade a ser ultrapassada quando se pretende “emancipar” os vulneráveis. Foi a partir da década de 1980 que ocorreu uma alteração substancial na noção de vulnerabilidade, que passou a ter um novo sentido, mais amplo, decorrente da reflexão de filósofos europeus, que viria a ser assimilado posteriormente pelo discurso bioético.

É como uma condição humana universal que Lévinas dá um amplo e novo sentido à vulnerabilidade e a define como subjetividade. O Eu é sempre posterior ao Outro, que chama o Eu à existência. Toda subjetividade é em relação, na dependência

ao Outro, que o “faz ser”, é originária, irredutivelmente da dependência, da exposição ao Outro sendo, por isso, vulnerabilidade. A vulnerabilidade define a subjetividade num plano ético e não ontológico, é um apelo a uma relação não violenta entre o Eu e o Outro. No face a face, o Eu, na sua vulnerabilidade, apresenta-se como resposta não violenta à eleição do Outro, que o “faz ser”. Esta é a condição humana, a subjetividade apresentada como vulnerabilidade e como responsabilidade ética. O filósofo Hans Jonas, segundo Neves, M. C. P. (2006), entende que a vulnerabilidade não é específica do homem, mas comum a todos os viventes e a reflexão ética não deve se restringir somente às relações interpessoais, mas a todos, inclusive animais, plantas e meio ambiente. Quem mais pode, mais deve; logo, compete ao homem cuidar, prossegue Jonas.

A vulnerabilidade consolida-se como realidade humana constitutiva, inalienável e irredutível. No domínio do agir humano, impõe-se a responsabilidade como norma do agir ético; por isso, não pode ser utilizada como fator de diferenciação de pessoas e populações, nem pode ser eliminada com o reforço da autonomia ou do consentimento (GARCIA, 2012). A vulnerabilidade passa, portanto, de qualificadora de alguns grupos e pessoas à realidade comum do homem, de característica provisória passa a condição universal, de fator de diferenciação a fator de igualdade entre todos, do âmbito da experimentação ao plano da assistência clínica e das políticas de saúde, da exigência de autonomia e de consentimento passa à solicitação de responsabilidade e solidariedade como pontua Neves, M. C. P. (2006).

A vulnerabilidade apresenta-se de forma harmoniosa como dimensão do humano em que a suscetibilidade de ser ferido instaura o dever de não ferir. Isso fundamenta a ética como relação não violenta e a necessidade de cuidado para os vulneráveis num inequívoco destaque dos particularmente vulneráveis.

O estatuto de princípio traz algo de novo. Um princípio obriga, se impõe à consciência moral sob a expressão de um dever a ser cumprido. Assim, o fundamento da vulnerabilidade como princípio ético é o de formular uma obrigação moral. Na sua aceção de característica particular, obriga proteção dessa fragilidade acrescida numa ação positiva e no seu sentido mais universal, obriga o reconhecimento de que todas as pessoas são vulneráveis, exigindo respeito numa ação negativa - na abstenção de qualquer prejuízo, mas também positiva - na exigência de cuidado e solicitude para salvaguardar a dignidade humana.

2.4 DA ÉTICA DO CUIDADO AO CUIDADO DO OUTRO

Para este segmento da pesquisa, elegeram-se as ideias dos autores Francesc Torralba i Roselló e Hans-Georg Gadamer, cujos pensamentos explicitam as qualidades essenciais do ser que cuida e evoca que, para cuidar, é preciso aprender a ser e, ao se apresentar ao Outro, é necessário ter sensibilidade frente às suas necessidades e vulnerabilidades. Os autores expõem de maneira clara e didática a ética do cuidado, descortinando outro caminho para o cuidar.

2.4.1 A ética do cuidado

Considerou-se oportuno trazer para este trabalho as importantes contribuições de dois autores sobre o cuidado e o universo da saúde. Assim, pretendeu-se estabelecer um diálogo entre o pensamento do filósofo catalão Francesc Torralba i Roselló, no livro “Antropologia do Cuidar”, e do filósofo alemão Hans-Georg Gadamer, no livro “O Caráter Oculto da Saúde”, em que se discute a Medicina, o cuidado médico e questões essenciais no que diz respeito à saúde e à doença, sob o viés da Filosofia, todavia, na perspectiva de quem tem a vivência: o doente.

Intimamente relacionada com o universo médico está a saúde, muito enaltecida na sociedade atual, mas pouco entendida. A saúde pode ser considerada uma das questões mais sérias da vida humana. Numa sociedade cada vez mais hipermedicalizada, sua presença tem sido ofuscada pela preponderância de um discurso médico voltado exclusivamente para a doença ou sobre um conceito quase inatingível de saúde. Para Roselló (2009, p. 23), a massificação e a burocratização da vida produziram um efeito devastador ao penetrar no âmbito assistencial e educativo, principalmente nos grandes centros hospitalares. Isso repercutiu na qualidade da assistência à saúde, dificultou o trato personalizado por meio de uma razão voltada à mensuração e ao ideal de construção racional que resultou na instrumentalização da pessoa humana e em um colonialismo tecnocrático.

Para Gadamer (2006), a doença possui o caráter insurrecional da “falta” e o doente a percebe como algo que lhe falta e que o afasta de sua experiência de mundo, conduzindo-o ao recolhimento interior. A doença ou a perda do equilíbrio natural não significa apenas um fato biológico, mas um processo histórico de vida e um processo social. Em concordância, Roselló (2009) acredita que o adoecer afeta o ser humano

nos seus sentimentos mais íntimos, fragiliza seu mundo afetivo e relacional. A pessoa passa ter uma visão diferente do outro a partir do adoecer. A doença e o adoecer são formas evidentes e tocantes da vulnerabilidade humana e, ao adoecer, o ser humano passa a vivenciar uma redução da sua liberdade exterior que afeta diretamente seu projeto de vida.

A enfermidade sempre questiona o homem e o faz descobrir sua própria verdade e a necessidade que tem dos outros. A doença propicia ao ser perceber sua dependência e fragilidade ontológicas, bem como recriar o sentido de sua vida e de sua experiência. Este aprende a aceitar o estado de dependência em relação ao Outro, considerando o próprio “Ser-aí” humano de cada um, bem como encontrar alegria na responsabilidade compartilhada, na convivência e na solidariedade dos seres humanos.

O sofrimento é a epifania da vulnerabilidade, é a ausência de refúgio, é a exposição do ser e a permanência na intempérie. Para Lévinas:

No sofrimento se produz a ausência de todo refúgio. É o fato de estar diretamente exposto ao ser. Procede da impossibilidade de fugir e de retroceder. Todo o rigor do sofrimento consiste nessa impossibilidade de distanciamento. Pressupõe o fato de estar encurralado pela vida e pelo ser [...] A dor é o outro lado da pele, é a desnudez, a mais desnuda de todo despojamento; existência que de sacrifício imposto – sacrificado mais que sacrificante, porque precisamente compelido à adversidade ou à dor – é sem condição. A subjetividade do sujeito é a vulnerabilidade, exposição à afecção, sensibilidade, passividade mais passiva que toda passividade, tempo irrecuperável, diacronia inabarcável pela paciência, expansão sempre a expor, exposição a expressar (LÉVINAS apud ROSELLÓ, 2009, p. 88).

A condição humana é visível no doente, naquele em que falta alguma coisa. Os enigmas da doença atestam o grande milagre da saúde, o de se viver e o de ser presenteado com a felicidade do esquecimento, com a felicidade do bem-estar e da leveza da vida. Para Susan Sontag em *A Doença como Metáfora*:

A doença é o lado sombrio da vida, uma espécie de cidadania mais onerosa. Todas as pessoas vivas têm dupla cidadania, uma no reino da saúde e outra no reino da doença. Embora todos prefiram usar somente o bom passaporte, mais cedo ou mais tarde cada um de nós será obrigado, pelo menos por um curto período, a identificar-se como cidadão do outro país. (SONTAG, 1978, p. 3)

O que se revela ao homem quando este adoecer ou o seu estado de saúde não responde como esperado? A doença tem algo a ensinar ao doente? Através da

Medicina se toma consciência dos limites do fazer humano, assim como da necessidade de se aprender a aceitar as suas limitações, e conduz-se à verdade que se quer ocultar sob o tratamento da doença. Nisso também se revela a dimensão inabalável do viver e da irrefreável força da esperança e da vida que habitam todo o ser humano como o seu mais natural dom. Isso ensina a aceitar o dado, o limitado e o dolorido.

O ser humano teme mais a dor e o desamparo do que a morte e o sofrimento, “[...] é a epifania cotidiana da vulnerabilidade humana, a memória viva de nossa radical indigência” (ROSELLÓ, 2009, p. 90). A experiência do sofrimento tem um papel importantíssimo no conjunto da vida humana e não é algo accidental, mas sim o teste da existência pessoal com um caráter universal, catártico e interpelante. A melhor atitude frente à pessoa que sofre é a solidariedade e o silêncio, a ação comprometida e o respeito à pessoa que padece. Segundo Junger:

Nada nos é mais certo e nada nos está mais predestinado do que cabalmente a dor; assemelha-se a um moinho que, com seus movimentos cada vez mais delicados e cada vez mais fundos, vai capturando os grãos que dão saltos, ou então a sombra da vida, a qual nenhum contrato possibilita-nos subtrair (JUNGER apud ROSELLÓ, 2009, p. 90).

O sofrimento é algo que se relaciona com o mistério, com o inexplicável, que pode ser explicado cientificamente, mas não se pode responder pelo sentido último do sofrer e da dor humana: “A dor irrompe na existência humana sem prólogo algum, aparece no palco da vida individual e altera todas as dimensões do ser.” (ROSELLÓ, 2009, p. 92). Essa falta de sentido adquire um sentido metafísico e teológico, e coloca o ser diante de suas grandes interrogações existenciais, pontifica o autor.

Para Pereira (2008, p. 159) o psiquiatra austríaco Viktor Emil Frankl (1905-1997) é o fundador da Logoterapia, escola de caráter fenomenológico, existencial e humanista, conhecida, também, como a “Psicoterapia do Sentido da Vida”. Para este autor, Frankl aponta que o homem se compreende como um ser em busca de sentido que independe de sua condição social, sexo ou do meio ambiente e mesmo em um campo de concentração é possível se realizar criativamente.

Roselló (2009, p. 95) afirma que: “Pode-se combater o sofrimento exterior a partir da terapêutica, da farmacologia e dos instrumentos tecnológicos, mas o sofrimento interior reclama um modo de atenção distinta, reclama a presença humana, a palavra adequada e o árduo exercício do diálogo”. A fala será diálogo quando houver

troca e comunhão entre médico e doente, ao encontrar-se a palavra certa ou captar-se do outro a palavra apropriada. O diálogo não é uma introdução e preparação para o tratamento, já é o tratamento que procura restabelecer o fluxo de vida e conduzir à cura.

Em Gadamer, Grieco e Lingardi (1994), para além da dor, o mundo moderno reprimiu a experiência da morte e a deslocou para a margem da vida pública. Não foi apenas o cortejo fúnebre que sumiu da paisagem urbana, mas a efetiva anonimização ao lado da perda da sua representação pública e do afastamento do moribundo e seus parentes do ambiente doméstico e familiar. A experiência da morte ocupa uma posição central na história da humanidade e o fato de as pessoas enterrarem seus mortos é a característica inerente ao modo de vida humana. O medo da morte é um antiquíssimo saber da humanidade e está determinantemente ligado ao ter de aceitá-la. Não há nenhuma outra experiência na vida do ser humano que descreva tão nitidamente os limites da ciência e da técnica como o morrer. O médico pode ajudar a superar as fases críticas da vida orgânica, porém, ao final, perante a opressora decisão de abdicar da ajuda instrumental para a manutenção da vida, espera-se que ele honre a pessoa como ser humano. Sob a perspectiva teológica, a morte não significa o fim da vida humana e é fundamental o reconhecimento do discurso teológico, pois para uma maioria absoluta a experiência do morrer está fundamentalmente ligada à transcendência.

A tarefa fundamental da condição humana é cuidar, o ser humano foi criado para cuidar e ser cuidado. Quando ele cuida, realiza sua humanidade e quando é cuidado, alcança sua plenitude. Isto toca o que há de mais profundo no ser humano e não é patrimônio de uma profissão, mas um dever de humanidade. O cuidado integral é uma obrigação moral dos profissionais da saúde, é velar pelo bem da pessoa doente, adotar uma postura de simpatia, caminhar ao lado dela, oferecer ajuda discreta e não permitir que ela se dê conta das dificuldades que cria ao seu redor. Cuidar de alguém é abrir-se à perspectiva do nós (ROSELLÓ, 2009).

Há que existir proximidade, disponibilidade, preocupação pelo Outro e aproximação em meio à fraternidade, servindo-se ao próximo. Na prática do cuidado deve presidir o princípio de justiça, que exige a superação de preconceitos. Há que se superar o distanciamento físico e ético para que o Tu se transforme no próximo e de maneira que proximidade se expresse em humanidade.

O ser humano é um ser em busca de sentido e deseja “viver com sentido” para viver humanamente. A pedagogia do sentido é tratar de construir sentido a partir do diálogo e da responsabilidade. No plano metafísico, o ser humano também tem sede de sentido. Essa vontade dignifica o ser humano, já que sua plenitude não depende exclusivamente de aspectos biológicos, mas também simbólico-espirituais. Quando o ser humano atravessa uma circunstância de máxima vulnerabilidade, então essa busca adquire mais intensidade. O sofrimento é um catalisador do questionamento pelo sentido que a vida possui. É necessário para o doente construir sentido no novo contexto de doença e indagar novas possibilidades existenciais; cuidar de um ser humano que sofre consiste em construir dialógica e responsavelmente o sentido.

2.4.2 Do cuidado do ser ao cuidado do outro

Neste espaço, pretende-se refletir sobre a natureza filosófica do cuidado para uma melhor compreensão das práticas de saúde. Para tanto, buscou-se um diálogo com a analítica existencial de *Sein und Zeit* (Ser e Tempo) do filósofo alemão Martin Heidegger. O cuidado, em Heidegger, tem um papel fundamental na estruturação ontológica do ser humano e na maneira como este, enquanto “Ser-no-Mundo” se relaciona com as coisas, com os outros e consigo mesmo, ou seja, com sua postura relacional de cuidado para com os outros “Ser-aí” no mundo. Martin Heidegger considera que o “Ser-no-Mundo” possui a marca de cuidado na sua dimensão de ser.

Martin Heidegger, em “Ser e Tempo”, obra antropológica fundamental, retoma sob um novo e mais amplo horizonte a questão do ser que desde sempre a filosofia ocidental caracterizou como Metafísica. Nessa obra, o autor apresenta a concepção do “cuidado” e o faz também através da fábula-mito de Higino. O fio condutor do seu pensamento é elaborar a questão do sentido do ser. Desde a tradição filosófica grega, a questão do ser foi identificada com sua presença no mundo; *Ser* era estar presente no mundo e *Não Ser* era não estar presente no mundo. Heidegger discordava em considerar como “presença” a possibilidade de ocupar um lugar no espaço e no tempo; isso seria generalizar para todos os outros entes o *ser* de objetos materiais. A resposta sobre a questão do *ser* deveria ser obtida ao se examinar aquele ente único que se pergunta sobre o *ser*, ou seja, o homem. Heidegger não se refere ao homem, mas ao *Dasein* que significa “existência”, mas é traduzido como “Ser-aí”. O *Dasein* ou “Ser-aí” é aquele ente capaz de se perguntar sobre o *ser* e que se põe como intérprete do *ser*

de outros entes. O “Ser-aí” poderia ser identificado como o homem numa interpretação existencialista de Heidegger ou poderia se identificar com as coletividades, tradições culturais ou a todo e qualquer ente que fizesse a pergunta sobre o Ser. O ser do homem não consiste numa simples presença no mundo e sim no “Ser-aí” ou *Dasein*, que está jogado no mundo e é um projeto indefinido, autodirigido e inacabado. Ele não possui essência, como um conjunto pré-definido de propriedades e atributos e sim existência, pois está constantemente definindo o que pode ser (projeção). O “Ser-aí” como um “Ser-no-Mundo” tem como primeira condição e limite de suas projeções a facticidade, que pode ser definida como as possibilidades, direções e limitações que o mundo exerce sobre suas projeções. A sua mundanidade é o “Ser-aí” no mundo em determinadas situações particulares. Certas projeções são possíveis – mundanidade como condição - e certas projeções são impossíveis – mundanidade como limite.

O *Dasein* tem como uma segunda condição e limite de suas projeções o “Mundo-da-Vida” - uma rede de crenças, valores e afetos compartilhados pelos homens, que o alimenta como um ser social. Os sentidos são construídos, interpretados e transformados socialmente e preenchem o “espaço vazio” do ser do homem.

A terceira condição e o limite dessa projeção são a sua finitude e a consciência da certeza da morte. A morte é um elemento da facticidade, a consciência e certeza da morte torna possível a realização de projetos ao longo da vida. O “Ser-para-a-Morte” do homem pode apresentar um esquecimento temporário da sua finitude (inautenticidade), mas a força opressora da morte irrompe na experiência libertadora da angústia para assumir sua autenticidade. É na angústia que o “Poder-ser” do *Dasein* se reconecta com o seu “Ser-para-a-Morte” e sua condição de “Ser-aí” (COELHO, 2008, p. 1).

Em “Ser e Tempo”, o estado de angústia do ser humano torna-se visível com a questão do sentido do ser e do nada. Esse é o ponto de partida filosófico que assegura ao tema angústia sua profundidade e extraordinária ressonância. A angústia está em estreita relação com o aperto e com a exposição repentina à amplitude e ao estranho. A constituição básica do ser humano está no fato de ele querer se sentir em casa junto a si, viver livre de qualquer angústia afastado de toda ameaça. A angústia da vida impele a criatura do seu centro. Porque, afinal é alguma coisa em vez de ser nada? Foi Heidegger que assim caracterizou a angústia que se teme diante do nada, apenas quem questiona o nada também questiona sobre o ser. Heidegger descreveu de forma

impressionante o que era aquilo diante do que realmente se sentiu angústia: era nada (GADAMER, 2006).

O *Dasein*, no seu envolvimento com o mundo, estrutura-se em um modo de ser compartilhado porque o modo de ser do *Dasein* é um “Ser-com” e um “Ser-com-os-Outros”. No exercício de sua liberdade, a perfeição do ser humano realiza-se no cuidado. O cuidado mostra-se sob a forma do ocupar-se com os entes que estão disponíveis ao alcance de suas mãos e, com os outros entes como ele, o cuidado toma a dimensão da solicitude ou preocupação (ROCHA, 2011). Assumir a dimensão da preocupação ou solicitude é reconhecer o cuidado como um modo de ser essencial, em que o ser se estrutura e se percebe (LAVIOLA, 2013).

Heidegger inverte a relação entre ser e tempo. No sentido tradicional, o tempo é uma sucessão linear de “agoras”, como algo que se desenrola fora de nós e que pode ser medido. Para o filósofo, o passado e o futuro estão inter-relacionados no momento presente. O “Vigor de ter sido” designa a presença continuada do passado no presente, do que se foi ontem e que não deixa de estar presente naquilo que se é hoje.

Essa concepção da temporalidade não cessa e se repete de um modo renovado no presente, e tem o presente como instante de decisão, em que convergem o “Por vir” e o “Vigor do ter sido” que pode ser recusa ou partida de um projeto existencial. Ao se assumir como um ser para a morte, o *Dasein* assume esse sentido de acabamento e de impossibilidade. Nessa maneira de entender a temporalidade, a estrutura do cuidado é um “Poder-Ser”, é um atualizar as pluralidades dos modos de ser do *Dasein*, é entender o ser sem o tempo, ou seja, como permanente presença.

Assim como na Ética do Cuidado, os modos de ser do *Dasein*, entendidos como preocupação e solicitude não respondem aos inúmeros questionamentos morais que surgem da relação com outros entes. Apesar da originalidade do pensamento de Heidegger, é possível que, na analítica heideggeriana, o cuidado se antecipe à existência do Outro, assume o seu lugar ou queira substituí-lo, o que segundo o filósofo Emmanuel Lévinas culminaria na tentação do homicídio. Heidegger desvaloriza a racionalidade - tradição da razão moderna e a consciência em favor do conceito de compreensão (DINI FILHO, 2009). Também não atribuiu um caráter ético à analítica do *Dasein* e, nessa recusa, está em jogo a pertinência de se pensar a Ética como “filosofia primeira”, à maneira de Lévinas. Pensar a Ética como filosofia primeira seria a única alternativa para escapar-se à influência do imperialismo ontológico. Para

Lévinas, a relação com o Outro não se dá como compreensão, mas como invocação, pois segundo Duarte (2000, p. 79) o Outro “não nos afeta a partir de um conceito”, mas como um ente que “conta como tal”. A relação com o Outro recai sob a primazia da Ética ou da “religião”, em que o vínculo com o Outro não se “reduz à representação”, mas se dá numa “invocação não precedida de compreensão”. É em sua “invocação” que o Outro se torna acessível como “Rosto”. Compreender o Outro é não o encontrar como “Rosto”, pois “o humano só se oferece a uma relação que não é poder” (DUARTE, 2000, p. 79).

Esta pesquisa nasceu no contexto de discussões da Bioética e fez uma incursão na sua história procurando os seus referenciais como forma de reverenciá-la e, também, como identificação de pertencimento a esse lugar. Foi a partir das primeiras formulações da Bioética que se pretendeu dialogar com outros olhares, buscando-se aportes teóricos para a elaboração deste trabalho. Para fundamentar esta proposta, foi necessário mergulhar no universo das práticas clínicas sedimentadas e verificar o contexto da problemática do relacionamento médico-doente. O capítulo a seguir irá buscar no contexto atual os conflitos e a postura relacional do médico com o seu doente.

3 AS VÁRIAS FACES DE UMA RELAÇÃO

Pretende-se, neste capítulo, fazer um recorte histórico da relação médico-doente, apresentando-se o discurso médico e os aspectos da formação médica.

3.1 FUNDAMENTOS DA RELAÇÃO MÉDICO-DOENTE. RECORTE HISTÓRICO

Desde os escritos atribuídos a Hipócrates de Cós que a ética médica tem girado em torno da ideia de ordem. Isso levou a considerar que a relação médico-doente, enquanto relação social e humana, deveria também assim realizar-se. Nessa ordem, portanto, há de existir um sujeito agente (médico), um sujeito paciente (doente), o que veio a se constituir ao longo da tradição uma relação claramente paternalista e absolutista.

Os gregos consideravam a natureza como algo vivo, um cosmos onde a saúde, a beleza, a verdade, a bondade eram atributos naturais enquanto a doença, a feiura e a maldade eram atributos não naturais. A ética grega tinha um caráter naturalista e físico, porque qualidades morais se misturavam a conceitos físicos. Para a época, o *ethos*, como se entende hoje, não significava moral, mas, “modo ou forma de vida”, ou o ajustamento da vida à sua ordem natural. Beleza, virtuosidade, nobreza de caráter eram próprias dos jovens, dos homens livres e cidadãos, qualidades que eram atribuídas ao extrato superior da sociedade.

Nessa sociedade, havia dois tipos de médicos: o de escravos e o de homens livres. O médico de escravos agia com o despotismo de um monarca, nada lhe interessava sobre o doente a não ser restituir-lhes a força de trabalho; já ao médico de homens livres cabia restabelecer-lhes a saúde baseada numa delicada relação de diálogo, confiança e dedicação (PLATÃO, As leis- livro IV p. 194-195). A ética grega era, portanto, aristocrática, saudável, juvenil e, nela, somente os belos poderiam ser bons.

A Medicina, nessa sociedade, era uma arte divina e o médico, considerado um mediador entre os deuses e os homens. Era um conhecedor da ordem natural das doenças e capaz de restituir a saúde, restabelecendo a ordem, mesmo contra a vontade do sujeito, numa relação ordenada e verticalizada: o médico era o sujeito agente, o doente era o sujeito paciente. Nessa típica moral beneficente, ao médico

cabia fazer o bem e ao doente aceitar. Para Platão, o médico foi para o corpo o que o monarca foi para a república; um soberano absolutista, oscilando entre o paternalismo das relações familiares e a tirania das relações escravagistas (GRACIA, 2007, p. 104).

O juramento hipocrático está na base da história do paternalismo médico e define um processo de domínio que não era baseado na força, mas sim, na submissão: “À autoridade de quem domina corresponde a obediência do dominado”. (GRACIA, 2007, p. 102). O médico hipocrático possui um caráter moralista ao modificar os costumes do doente, fazendo-o passar do patológico para o saudável. Para os gregos, algumas doenças decorriam dos costumes como, por exemplo, o excesso ou a falta de comida ou bebida. O doente, por ser débil fisicamente, era considerado incapaz de uma decisão moral e, por carecer de autonomia, sua obrigação era a de obedecer. Esse é o *logos* da ética grega clássica – o paternalismo, uma constante ao longo de toda a história da Medicina, segundo Gracia (2007).

A partir do século XVI, o Estado passa a ter o domínio legal e o monopólio da lei e da força. A Medicina acompanhou esse desenvolvimento e, ao final da Idade Média, ela se estabeleceu como uma verdadeira profissão através da abertura de faculdades e com a promulgação de leis que obrigavam os médicos a fazer exames qualificados antes de iniciar o exercício profissional. Esse processo se desenvolveu ininterruptamente até a atualidade e transformou os médicos num corpo bem estabelecido e privilegiado. O paternalismo continuou vivo, ainda que com um rosto novo, mais corporativo e melhor explicitado nos códigos de ética dessa corporação. Esse sistema fechado e monopolista exige do Estado a chancela para tutelar a sociedade em questões sanitárias e se utiliza de critérios paternalistas para esse fim (GRACIA, 2007, p.129).

Na Inglaterra do século XVIII, época do pensamento liberal, da luta a favor das liberdades e contra os monopólios, Adam Smith travou intenso debate contra a classe médica ao defender que a Medicina deveria ser exercida por qualquer pessoa e que o monopólio dos médicos era inaceitável. A reação política desse grupo veio formular novos códigos de ética, permitindo que a profissão controlasse a si própria.

O caminho para a ruptura com o velho paternalismo hipocrático começou com a obra de Thomas Percival, *Medical Ethics*, em 1803, que inspirada no critério de beneficência do juramento, permitia alguma autonomia ao doente. Na comunicação entre médico e doente era recomendável dizer a verdade, mas nos casos de prognóstico desfavorável, essa comunicação se faria somente aos familiares. Nessa

obra, o monopólio da profissão persiste ao permitir aos médicos reger os deveres para com a classe, com os doentes e com a sociedade, além de elaborar as próprias leis sem ingerência externa. Esse código inglês, mais institucionalizado e burocrático, influenciou profundamente o código de ética (*Principles of Medical Ethics*) da *American Medical Association* de 1867, que manteve o espírito de incompatibilidade da Medicina com a autonomia completa dos doentes. A partir de 1903, outros códigos foram promulgados, sempre com um caráter mais normativo e jurídico do que propriamente ético. A ruptura completa com o paternalismo hipocrático ocorreu com o código norte-americano da década de 1980, que foi seguido pelos demais estados europeus (GRACIA, 2007) e, no Brasil, com a promulgação do Código de Ética Médica (CEM), em 1988 (SIQUEIRA, 2008).

3.2 O ALVORECER DA AUTONOMIA DO DOENTE

Deu-se a abertura para a era moderna quando se rompeu com o conceito de natureza da era medieval. O homem como uma realidade física e natural passou, na modernidade, a ser a fonte da ordem moral e se colocou acima da natureza.

No antigo modelo paternalista, o domínio se dava no âmbito da família para as outras esferas das atividades humanas. Já no modelo liberal, o domínio se deu de fora para dentro; trata-se do controle do Estado sobre os indivíduos. Essa nova ordem permitiu a ruptura com o paternalismo médico e a elaboração dos conceitos de pessoa e comunidade que, até então, não tinham nenhum papel na sociedade (GRACIA, 2007).

Segundo o autor, vários pensadores contribuíram para que esse conceito prosperasse. No início do século XVII, a obra de John Locke, *Two Treatises on Civil Government*, estabeleceu que, na natureza ou no estado natural, existe uma primeira lei que é o “direito à vida”, um dos fundamentos dos direitos humanos. Desse direito derivam outros, como “direito à saúde”, “à propriedade”, “à liberdade”. Todos eles denominam-se direitos humanos individuais negativos, porque são próprios do indivíduo e não necessitam de uma lei positiva para explicitá-los. Para Locke, o direito paterno de proteção é transitório e deve se estender até a maioridade. O paternalismo seria essa lei natural incidir além da maioridade, o que só se justificaria nos casos de pessoas portadoras de transtornos mentais, como a loucura.

Os direitos humanos negativos foram se consolidando como direitos civis e políticos; passaram a ser expressos nas constituições de todos os países civilizados ocidentais e converteram-se em base jurídica, política e ética. Na base de todos eles está o princípio moral da autonomia, no qual o homem possui liberdade para ordenar seus atos, dispor das suas propriedades e da sua pessoa de acordo com a sua vontade. Contrariando a antiga moral patriarcal assentada no Princípio da Beneficência, o individualismo passou a ser considerado uma virtude e essa nova mentalidade liberal e autonômica teve em Adam Smith um expoente que influenciaria os campos político e econômico, bem como pensadores como Immanuel Kant e John Stuart Mill (GRACIA, 2007).

Essa nova ética de princípio autonomista definiu dois espaços bem distintos: o privado e o público – sendo que o primeiro deteve mais prestígio do que o segundo. As normas éticas incluem os direitos dos indivíduos, estabelecendo diferenças entre o que é público e o que é privado. Na medicina de relações paternalistas, o liberalismo tentou mudar o modelo de concessão de licenças para a prática da profissão que, segundo Adam Smith, representavam um monopólio. Porém, mesmo na Inglaterra, berço do pensamento liberal moderno, e com os embates se prolongando para o século XIX, tanto a Medicina quanto a Farmácia foram consideradas um bem público, que deveria ser protegido pelo Estado por pertencerem mais ao Princípio de Justiça do que ao das Liberdades Individuais (GRACIA, 2007).

A defesa do livre mercado não acabou com o monopólio das profissões sanitárias, mas proporcionou novas bases para a relação médico-doente abandonando o paternalismo e assumindo posturas mais democráticas e horizontais, nas quais o doente passou a ser considerado um adulto autônomo, capaz de tomar suas próprias decisões. Ele é quem deve decidir sobre seu corpo e sua vida e a autonomia é um direito humano primário, cabendo ao médico a obrigação moral de dizer a verdade. A verdade só não será dita nos casos de privilégio terapêutico, que é quando por decisão e entendimento exclusivos do médico, a notícia não deve ser dada, pois sendo feita poderá promover “um desequilíbrio emocional” do paciente (GRACIA, 2007).

Nos Estados Unidos, o paternalismo foi sendo substituído principalmente pela via judicial e o Princípio de Autonomia foi imposto à Medicina pela ética jurídica. No princípio, as ações judiciais versavam sobre negligência médica (não fazer o que devia) ou imperícia (fazer o que não devia) e eram voltadas para a área cirúrgica. Em

quase a totalidade das demandas, era a não comunicação do ato médico ou de seus efeitos que levava as pessoas aos tribunais. Posteriormente, os médicos passaram a ser processados por agressão física e, já nos fins do século XIX, estabeleceu-se o delito de agressão técnica quando o médico intervinha no corpo do doente sem o seu consentimento. O delito de agressão e o consentimento do doente para o médico foram sendo especificados através das demandas judiciais. As últimas modificações ocorreram no ano de 1972 e, desde então, não houve mudanças. Portanto, chegou-se ao entendimento de que o médico deve proporcionar toda a informação necessária ao doente para que este possa realizar uma opção razoável dentre todas as alternativas possíveis (GRACIA, 2007, p. 236).

O Consentimento Livre e Esclarecido informado é um direito humano individual ou negativo, como os direitos à vida, à saúde, à liberdade e à propriedade, e está fundamentado no Princípio de Autonomia. Na sociedade norte-americana, o desenvolvimento dos direitos dos doentes só foi possível com a “Declaração dos Direitos dos Homens”, em 1948, e com a aprovação, pela Associação Americana de Hospitais, da Carta de Direitos do Paciente, em 1973. De enorme influência, essa carta, que se transformou em um código pelo Departamento Federal de Saúde, apresenta 12 itens que são especificações dos direitos à informação geral, ao consentimento e sobre a recusa de tratamento (GRACIA, 2007). A tradição hipocrática expressou-se através da linguagem da virtude pelo Princípio de Beneficência e a linguagem dos direitos pelo Princípio de Autonomia (GRACIA, 2007). Em 1982, o congresso americano definiu uma comissão que elaborou o consentimento informado, cujo fundamento está no Princípio de Autodeterminação das Pessoas Adultas.

O século XX foi descrito como o século de extraordinários avanços tecnológicos e da mais pronunciada expressão das liberdades individuais, que produziram mudanças socioculturais e, com elas, do próprio indivíduo humano. A técnica colocou em evidência o poder do ser humano. Esse poder técnico fez crescer um dominante sentimento de poder entre indivíduos e grupos sociais. À medida que aumentou espaço de poder e autonomia, diminuiu o espaço para admitirem-se a fragilidade e a vulnerabilidade (DOS ANJOS, 2006, p.182).

O direito à subjetividade, reivindicado por Freud, permitiu colocar em dúvida a verdade sobre a autonomia pessoal. Com a melhor compreensão da psique humana, verificou-se que a capacidade de livre escolha dos indivíduos ou não existe ou é bastante limitada, e o indivíduo é representado pela sua individualidade e por suas

circunstâncias ambientais. A psicanálise mostrou que o ser humano sofre do que não consegue nomear e a ilusão da autonomia impediu a formação de uma consciência com limites e condicionantes; começou a prevalecer um conceito de autonomia que atendesse unicamente aos interesses do indivíduo. A sociedade passou a viver o *ethos* do individualismo, que instaurou uma cultura do hedonismo pessoal, do descomprometimento com o coletivo, que resultou na maior concentração de poder da história da humanidade, com nações ricas e continentes extremamente pobres e famintos (SIQUEIRA, 2006). E, apesar da evolução da técnica, das transformações na sociedade e da conquista da autonomia dos doentes, o discurso médico não mudou.

3.3 O DISCURSO MÉDICO

Para Jean Clavreul, na obra “A Ordem Médica”, foi Hipócrates quem promulgou as regras metodológicas e deontológicas da Medicina ao instaurar um discurso sobre a doença. Fruto de uma época e não apenas de um homem isolado, a disseminação desse discurso deveu-se à instauração de um método que afastou toda a superstição e o obscurantismo das religiões ao instituir a doença como um fato que tem uma causa natural a ser investigada. Karl Marx fez uma crítica à ciência que poderia ser aplicada à Medicina; ele analisou que a sociedade burguesa compreendeu que os pobres eram um campo ideal de experimentação para formar seus médicos e que em relação à reivindicação de saúde para todos, a sociedade capitalista sempre esteve pronta a conceder esse direito, pois tinha interesse em manter a força de trabalho em bom estado, como se mantém uma máquina. A evolução do discurso médico é menos importante do que sua permanência e imobilidade (CLAVREUL, 1983, p.35).

O discurso médico é normativo sobre a doença e não sobre o doente e, desde Hipócrates, impõe-se a terapêutica como uma punição, fruto de uma ordem médica. O discurso médico afasta elementos como os sofrimentos, as alterações do sono, do humor e, principalmente, a angústia por não poder tratá-los ou por ser incapaz de dar uma interpretação cientificamente aceitável. Eliminando qualquer outro discurso e o do próprio doente, o médico mantém uma visão totalitária de nada querer saber. Aparecem, nesta arqueologia do discurso, todos os elementos de um projeto científico, objetivo e objetivante; logo, a doença, ao adquirir estatuto científico, separa-

se cada vez mais daquele que a sente, distinguindo-se a “doença do doente” e a “doença do médico” (CLAVREUL, 1983, p. 44).

Nesse discurso, para Clavreul (1983), a relação médico-doente exclui as posições subjetivas de um e de outro, restando no doente o medo, o pudor e a angústia. A liberdade do doente é fictícia, referindo-se ao homem normal capaz de julgar, mas incompetente. O aumento do prestígio e do saber médico desvelam hoje a profunda desigualdade da relação médico-doente, uma desigualdade de fato e de direito, porque o discurso médico é que faz suas próprias leis. Ademais, falar em relação médico-doente como uma relação interpessoal carece de verdade, pois é sempre a relação doente-instituição médica que prevalece e o médico é o representante dessa instituição ou de um corpo constituído, o corpo médico, ou seja, “Não existe relação médico-doente, tampouco relação médico-doença, existe apenas uma relação, instituição médica-doença” (COUTINHO JORGE, 1988, p. 42)

O vocabulário médico técnico e especializado constitui-se num obstáculo para essa relação por impor um distanciamento do médico em relação a seu doente. Esse distanciamento é mais efeito do que causa do discurso médico. O esforço de distanciamento se iniciou já com a invenção do estetoscópio e com a multiplicação de exames, tornando cada vez menos importante o encontro do médico com o doente, e a participação de especialistas nos tratamentos faz com que o doente não saiba quem é o seu médico. A evolução dos costumes e da tecnicidade médica contribuiu para o desaparecimento do médico de família.

Ao se ocupar apenas da doença, o médico passa a ignorar a morte, o que pode se relacionar com uma manifesta postura fóbica. É o enfermeiro que fica mais tempo junto ao doente. O médico fica apenas o tempo do diagnóstico e se apresenta sempre com pressa, quando a doença ou o objeto são identificados, perde o interesse pelo doente. Assim,

O saber médico é um saber sobre a doença, não sobre o homem, que só interessa enquanto terreno onde a doença evoluiu” [...] “Mas o lugar onde o objeto subsiste não é o objeto”. [...] “e ele não é somente o lugar, mas o sujeito de sua doença e não existem doenças, mas tão somente doentes (CLAVREUL, 1983, p. 121-122).

Há uma longa tradição de crítica ao papel e ao poder do médico, conforme Clavreul. Critica-se também a impossibilidade de discussão da questão do ser, da ética e de sua finalidade na Medicina, instaurada pela objetivação científica. Isso

porque a Medicina tornou-se sinônimo de verdade ao invocar a Ciência. Não é verdade a exatidão do saber médico, pois ao constituir a doença como sujeito de seu discurso, suprime-se a posição do enunciador do discurso, que é o próprio doente no enunciado do sofrimento. O discurso médico se desenvolve com a certeza de um fenômeno da natureza e sua leitura permite verificar que não são os imperativos tecnológicos contemporâneos que lhe deram tal aspecto, mas sim, as suas próprias leis. Seu desenvolvimento, tornando-se cada vez mais rigoroso, incluiu os elementos de saber e de técnica que lhe permitiram prosseguir de maneira sempre mais pressionadora. O discurso médico se dirige ao homem que um dia foi saudável ou àquele que um dia será. Esse discurso que separa o homem de sua doença não aceita que esta seja outro andamento da vida e a encara como uma derrota. Conclui-se que toda consideração sobre a normalidade está ligada a um discurso normativo sobre o homem que anuncia, sempre com mais precisão e em nível mais elevado, as normas nas quais se reconhece um indivíduo normal.

A ideologia e o poder político definem o que é admissível para uma determinada época, mas também se transformam em função do que é permitido pelo discurso médico. Os problemas que o desenvolvimento da técnica médica provocam não param de mudar e é vã a tentativa dos médicos em dominá-la. A colocação do imperativo técnico, cientificamente estabelecido, em primeiro plano, não concerne somente à área médica; o problema reside na recusa da ciência em considerar o que não vai no sentido de seu progresso (CLAVREUL, 1983, p. 237). O autor afirma que:

O discurso médico instaura uma ordem das coisas, e esta ordem é tão jurídica e normativa quanto a ordem jurídica. Que haja conflitos é o que me parece inevitável, mas fecundo. Negar isto é recusar de antemão compreender o que quer que seja do que é um princípio fundamental ao mesmo tempo do fascismo e da medicina: fazer o bem aos outros, eventualmente, apesar deles, e à força. É afirmar-se como mestre de um mundo morto (CLAVREUL, 1983, p. 239).

Dos vários impasses que comporta a ética médica, há algo que sobra no discurso que separa o homem de sua doença. Esse algo que sobra é o homem, abandonado aos filósofos, aos padres e aos governantes, continua o autor.

A necessidade da concentração dos médicos em uma única unidade não foi evidenciada na pré-história da Medicina, porém, o que ela procura dissimular é a desumanização que instaura. O “Dever-ser” do homem real com o qual médico lida é a saúde. A organização dos serviços médicos públicos ou privados não permite que o

doente saiba sobre o diagnóstico ou prognóstico em casos de doenças fatais. Na lógica desse discurso, humanizar os hospitais parece não ter outro efeito senão criar especialistas em relações humanas. Mas, apesar da reputação de menor especialização e competência, os doentes sentem falta e saudades do médico de família.

Após a abordagem do processo histórico da relação médico-doente e de constatar-se a objetivação do discurso médico, faz-se imperativo apresentar como esse discurso se coloca na sociedade brasileira atual.

3.3.1 Atual contexto da relação médico-doente

Há um fato que merece discussão e reflete uma realidade vivenciada pelos profissionais da saúde, especificamente os médicos: a necessidade de aprofundar a relação com os doentes e seus familiares (GIGLIO, 2005). Médicos e doentes sabem que há um problema que envolve ambos nessa relação.

Michael Simpson et al. (1991) apresentam dados estatisticamente muito relevantes: 54% das queixas dos doentes e 45% de suas preocupações não são valorizadas pelos médicos; 50% dos diagnósticos psiquiátricos e psicossociais não são estabelecidos apesar da sua alta frequência na clínica; em 50% dos casos, médicos e doentes não concordam sobre a natureza do problema principal. O tempo médio que o médico leva para interromper a fala do doente na consulta é de 18 segundos, o que o desestimula a colocar outras questões. Numa proporção elevada, os doentes não se lembraram e não entenderam o que o foi dito sobre o diagnóstico e o tratamento. Esse autor enfatiza a necessidade e a importância da comunicação entre médicos e doentes para resultados efetivos na saúde e propõe que as mudanças devam se iniciar logo na formação acadêmica (SIMPSON, 1991).

Caprara, Lins e Franco (1999) utilizou um universo de 400 consultas médicas realizadas tanto na zona rural quanto em áreas urbanas do estado do Ceará e identificou que, em 39% dos casos, o médico não explicou o problema do doente de forma clara e compreensiva; em 58%, não se verificou o grau de entendimento do doente sobre o diagnóstico dado e, em 53%, não se verificou o entendimento do doente sobre o tratamento a ser instituído. O tempo médio de consulta foi de nove minutos, variando de dois a 24 minutos e, em 91,4% das consultas, não foram investigados o medo e a ansiedade dos doentes. O autor ressalta que quando não há

concordância entre médico e o doente sobre o diagnóstico e o tratamento a ser instituído, isso pode resultar em não adesão ao tratamento. E mais, tempo maior de consulta se relaciona com melhor qualidade de atendimento, por possibilitar ao médico verificar a compreensão bem como possibilitar ao doente maior participação na consulta.

Starzewski, Rolim e Morrone (2005) entrevistaram médicos e familiares de doentes que faleceram após a internação hospitalar. Os familiares consideraram falha a forma como foi dada a notícia sobre o óbito em 35% dos casos e, em 81,1%, os médicos apontaram falhas na sua formação para lidar com esse tipo de situação. Outro autor, Auro del Giglio (2005), propõe uma reflexão sobre como preparar alunos de medicina e residentes a enfrentar situações de óbito e a comunicação aos familiares. Richard Smith (2001), em artigo publicado no *British Medical Journal*, pergunta “Por que os médicos estão infelizes?”. Ele observa que esses profissionais se encontram sobrecarregados e não conseguem responder às demandas sociais e aos problemas de gestão para os quais eles não foram preparados. O autor sugere mudanças tanto na formação médica quanto na relação entre o médico e o doente, buscando-se vínculos mais próximos e autênticos entre esses atores. Gadamer, Grieco e Lingardi (1994) sugerem redescobrir o diálogo, aceitar a condição humana de dependência mútua e procurar um equilíbrio que permita recuperar a humanidade de cada um além de toda a objetivação científica (GADAMER; GRIECO; LINGARDI, 1994). Caprara, Lins e Franco (1999) analisa a relação entre médicos e doentes através de artigos sobre antropologia médica, filosofia hermenêutica e abordagens comunicacionais, constatando que vários autores concordam com a necessidade de melhorar a comunicação e a humanização nessa relação. Outras publicações correlacionam os fatos de que, paralelamente à incorporação de tecnologia no exercício da profissão médica, o doente passou a ser um objeto reconhecido apenas pelo tocante ao cientificismo que ele desperta (FERREIRA et al., 2014). Segundo os referidos autores, deve-se permitir ao indivíduo julgar os próprios parâmetros de saúde ou de doença a partir de suas experiências e valores (FERREIRA et al., 2014). Isso, de certa forma, foi definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), para a qual saúde é estado de completo bem-estar físico, mental e social e, nesse ponto de vista, a saúde passa a ser definida a partir de quem sente (FERNANDES, 1993). Ainda assim, alguns autores fazem uma ressalva à definição da OMS de completo estado de bem-estar, dizendo que isso seria algo utópico, prossegue o autor.

Nos anos de 1950, por meio do livro “O Médico, seu Doente e a Doença”, Michael Balint introduz na medicina contribuições da Psicanálise. No Brasil, esse movimento, iniciado em 1958, foi difundido pelo psicanalista Danilo Perestrello e seu grupo do serviço do professor Clementino Fraga Filho. Considerado o pioneiro da medicina psicossomática e da Psicanálise no Brasil, em 1948, escreveu uma tese sobre Adolf Meyer e candidatou-se à livre-docência da Universidade do Brasil, hoje UFRJ. Adolf Meyer, considerado o pai da psiquiatria norte-americana, ensinava que fatores mentais são, por vezes, incompreendidos ou mal avaliados na prática médica. Pessoas severamente doentes são, muitas vezes, tratados como queixosos, histéricos ou hipocondríacos e sérios distúrbios mentais são ocultados ou menosprezados, o que resulta de uma enraizada postura que considera mente e corpo como entes separados. Problemas emocionais envolvem coração, apetite, sono, recreação, ou seja, um corpo vivo em ação.

Em 1974, Danilo Perestrello lançou o livro “A Medicina da Pessoa”, sobre a prática médica, propondo resgatar o fator humano na prática assistencial. O médico deve servir o ser humano e não apenas à vida, sua real arte de cuidar e curar é a pessoa e, para isto, deve saber ouvir o doente e a “pessoa” do doente, que é diferente de todas as outras, possui um modo próprio de viver, de adoecer e de conviver. Outro ponto, segundo Perestrello, é a autenticidade médica, ser fiel a si mesmo, às suas concepções, à sua identidade é fundamental no contato com o doente. Tal enfoque, profundamente pessoal, permite, segundo o autor, uma visão do doente como pessoa, e não somente como portador de uma moléstia. Perestrello já enfatizava a importância do diálogo, antecipando em 20 anos o que as pesquisas acima apontaram, corroborando também o pensamento dos autores Roselló e Gadamer.

3.3.2 O médico e a formação ética

Simpson (1991) pontua que há a necessidade de mudanças na relação médico-doente para que ocorram resultados efetivos na saúde, e propõe que essas mudanças devam se iniciar logo na formação acadêmica (SIMPSON, 1991). O ensino médico atual foi concebido por Abraham Flexner, no início do século XX, a partir de regras cartesianas. É uma metodologia que possibilita uma visão organicista e parcial da enfermidade e desconsidera o ser humano na sua totalidade ao privilegiar a fragmentação do saber. Esse modelo “[...] foi responsável pelo arquétipo do

especialista precoce, além de ser essencialmente individualista e hospitalocêntrico. O paradigma flexneriano fragmentou o conhecimento conflitando com a visão holística, tão importante para o paciente” (NEVES, N. C., 2006, p. 70). Siqueira (2007, p. 301) afirma que:

O modelo de educação baseado no paradigma cartesiano acolhe o objeto e não o sujeito, o território biológico e não o ser humano integral, a quantidade e não a qualidade, o periférico e não o nuclear, a razão e não o sentimento, o determinismo e não a liberdade, o transitório e não o essencial.

Nesse paradigma, predominante tanto na formação quanto na prática, o interesse se volta para o uso de procedimentos sofisticados e equipamentos de ponta. Falta, nesse contexto, o antigo médico de família, capaz de tratar e cuidar do doente acompanhando-o no tempo e aplicando a ciência com sua experiência de vida. O modelo médico cientificista tem uma visão reducionista e mecanicista do ser humano, percebendo-o unicamente como uma variável biológica e não o reconhecendo como um “todo” psíquico e somático, e seu discurso exerce censura ao não deixar espaço para o que não lhe é próprio. Ao deixar supor que cedo ou tarde triunfará sobre as infelicidades que lhe são confiadas, a Medicina fornece para os homens uma mitologia dos tempos modernos, pois da proeza das vitórias contra a morte não resta mais do que uma promessa de sobrevivência, às vezes, dolorosa e inútil (MAGALHÃES, 2005).

Em Perestrello (1989), o indivíduo é uma totalidade que não se pode dividir e só é possível estudá-lo quando se considera o seu processo histórico e as suas relações com o mundo. O homem não existe, ele coexiste; é um sistema aberto em constante interação com o seu meio. Para uma visão integradora do ser humano, deve-se investigar sua história de vida, sua biografia e também seus projetos e perspectivas.

Para que haja a superação do modelo mecanicista, é preciso estabelecer um relacionamento médico-doente satisfatório e eficaz. A relação pessoal é um ponto central em que as atitudes do médico podem ser terapêuticas se produzirem configurações benéficas. Para Balint (1988), o medicamento mais receitado em Medicina ainda não foi bem estudado do ponto de vista farmacológico. Esse medicamento é o próprio médico. E para Siqueira:

O modelo vigente de ensino médico tem sua atenção voltada para conhecimentos especializados, com estreita dependência de tecnologias sofisticadas. Subestima o domínio de habilidades fundamentais e promove nos estudantes verdadeiro fascínio pelos equipamentos de semiologia armada, o que torna o artefato e as informações dele advindas mais importantes que as fornecidas pelo próprio ser humano enfermo e as verdadeiras circunstâncias que motivaram seu adoecimento. Nessa realidade distorcida, o paciente é, tão somente, ator coadjuvante e merecedor de papéis secundários que o reconhecem como cidadão de segunda categoria, limitado no exercício de sua autonomia, já que o profissional intervém sobre seu corpo como se ele, paciente, fosse pessoa incapaz de tomar decisões próprias. Considera-se desnecessário ouvi-lo, já que os equipamentos falam por ele (SIQUEIRA, 2009, p. 34).

Nesse contexto, Araújo pontua que o sistema educacional tem a sua lógica. O aprender assume uma dimensão ética e também política, estando intrinsecamente vinculado ao sistema social. Este, ao mesmo tempo em que promove a mudança de classe social, possibilita a difusão dos valores vigentes desta sociedade. Quando pronunciamos a palavra valor podemos estar querendo dizer pelo menos três coisas distintas: [...] “a vivência de um valor; a qualidade de valor de uma coisa, ou a própria ideia de valor em si mesma. Nesse sentido, dizemos que o ensino médico reproduz e inculca valores e, se isso ocorre, é possível para nós traçarmos uma análise científica sobre moral do ensino médico” (ARAÚJO, 1993, p. 118). O autor entende que o ensino médico e, de um modo geral, os níveis de ensino fundamental, médio e superior são determinados pela lógica de funcionamento da sociedade. Portanto, os valores que eles reproduzem refletem a contradição que lhes é inerente. Segundo Araújo (1993), o modelo médico atual difere do hipocrático com o aparecimento de uma teoria explicativa das doenças, passando pela utilização da tecnologia em detrimento da atenção ao doente. Ele afirma que o que se ganha em técnica perde-se em ética; a medicina hipocrática dedicava mais tempo à relação médico doente e a medicina moderna por muitos motivos não dedica a mesma atenção, continua Araújo (1993).

Meira e Cunha (1994) publicou um estudo pioneiro sobre o ensino da Ética em 79 escolas de medicina do Brasil, o que mostra como a disciplina é subestimada na grade curricular do curso. Em um total de 8.640 horas oferecidas no período de graduação, apenas 50h são destinadas à Ética, ou seja, 0,6% da carga-horária geral. A disciplina é ofertada com uma carga-horária entre 10 e 50 horas, concentrada, sobretudo, nos 3º, 4º ou 5º anos do curso – sendo ministrada por reduzido número de docentes, formado essencialmente por médicos da área de medicina legal.

O avanço extraordinário da medicina tecnológica, sem a necessária reflexão ética, levou Potter a propor questão aos médicos intensivistas de quando não utilizar toda a tecnologia disponível em suas condutas. Já na década de 1970, o diretor do Instituto Kennedy de Bioética afirmava que os problemas que seriam apresentados aos médicos nos anos vindouros seriam cada vez mais de natureza ética e menos de ordem técnica (SIQUEIRA, 2009).

Dantas e Souza (2008, p. 508) afirmam que:

[...] As transformações tecnológicas, sociais, legais, econômicas e morais ocorridas de forma acelerada nas últimas décadas incentivaram o surgimento de uma comunidade global mais integrada e esclarecida, com impacto no exercício das profissões de saúde. Na Medicina, novas questões éticas são constantemente incorporadas à reflexão, levando a uma contínua necessidade de renovação e atualização de seu ensino. O surgimento da Bioética, em 1971, despertou a atenção para a necessidade de uma abordagem transdisciplinar e holística sobre os aspectos éticos em saúde, ampliando o escopo das disciplinas de deontologia e ética médica para a consideração de outras questões que extrapolam simples aplicações práticas de conceitos éticos no campo profissional, além de abrir pontes para a reflexão sobre o futuro da humanidade.

O texto da Declaração de Helsinque foi adotado pelo Conselho Federal de Medicina por meio da Resolução nº 1098 (BRASIL, 1983), com vistas aos hospitais e universidades, contribuindo para o debate e a criação de fóruns especiais sobre ética. Essa iniciativa programática se deu também em 2005, com a proclamação da Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos (DUBDH), que em seu art. 23 estabeleceu a conexão entre o campo da educação e a Bioética ao considerar a informação, a formação e a educação em Bioética (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E A CULTURA, 2006). A DUBDH se apresenta como um marco para a disciplina da Bioética ao fixar padrões universais no campo da Bioética no que diz respeito à dignidade, aos direitos e às liberdades humanas com atenção especial à vulnerabilidade (CRUZ; OLIVEIRA; PORTILLO, 2010). O Brasil, como signatário, se comprometeu a fomentar o ensino da Bioética tanto nos cursos fundamentais quanto no nível superior.

A DUBDH mudou substancialmente a fundamentação e o direcionamento teórico-prático da Bioética, ampliando sua agenda de trabalho e ação de temas preferencialmente biomédicos para os campos antes amplamente ignorados, como o sanitário, o social e o ambiental. A Declaração teve ampliada a sua fundamentação teórico-prática para quinze princípios que, além de incorporar os quatro anteriores (os

quais passaram a ter outras denominações: (Benefício e Dano; Autonomia e Responsabilidade Individual; Consentimento; Indivíduos sem a Capacidade para Consentir), incluíram novos temas, como: dignidade humana e direitos humanos; respeito pela vulnerabilidade humana e pela integridade individual; privacidade e confidencialidade; igualdade, justiça e equidade; não discriminação e não estigmatização; respeito pela diversidade cultural e pelo pluralismo; solidariedade e cooperação; responsabilidade social e saúde; compartilhamento de benefícios; proteção das gerações futuras e proteção do meio ambiente, da biosfera e da biodiversidade (GARRAFA et al., 2017). Em decorrência, a Bioética passou a se configurar como uma disciplina que não mais se omite à análise das questões sanitárias, ambientais e à responsabilidade do Estado na garantia dos direitos aos cidadãos.

Estudos sobre o ensino de ética realizados em escolas de medicina do Brasil apontam que as disciplinas de Ética ou de Bioética ocupam menos de 1% da carga-horária total curricular (SIQUEIRA, 2009). Na verdade, o conteúdo da disciplina de ética médica se restringe à Deontologia, motivo pelo qual, em grande número de faculdades, a área de ética chama-se cursos de graduação em Medicina, Ferreira et al. (2014) fizeram análises em currículos de Escolas Médicas Brasileiras (EMB) nos anos de 1981, 1984, 1992 e 2001. Ao proceder uma análise comparativa entre os resultados das últimas duas enquetes realizadas (1992 e 2001) de forma a identificar tendências curriculares inovadoras no campo da Ética, da Deontologia e da Bioética, concluíram que:

[...] a variação do número de EMB foi de 76 para 103; houve progressão de 96,6% para 100% da disciplina de ética médica no currículo da graduação; em 1992, 33,7% das faculdades de medicina (FM) ministravam Ética como disciplina autônoma, sendo que 68% delas a denominavam Deontologia e, em nenhuma, o nome era Bioética; após uma década, o número de escolas em que a Ética era disciplina independente aumentou 4%, o termo Deontologia foi mantido por 40% delas e, em 26,7%, a designação utilizada era Bioética; a carga horária da disciplina de Ética se concentrava do terceiro ao quinto ano e, era ofertada com carga horária de 10 a 40 horas (resultados obtidos nas duas pesquisas) (OLIVEIRA, J. R.; FERREIA; REZENDE, 2013 p. 287).

Não houve mudanças significativas no ensino da Ética nas faculdades de medicina do Brasil, mas nota-se uma tendência de melhoria (OLIVEIRA, J. R.; FERREIA; REZENDE, 2013).

Recentemente, outro estudo sobre o ensino de Bioética nas FM, realizado por Neves Júnior, Araújo e Rego (2016), apontou alguns avanços ao observar que houve aumento das disciplinas de Bioética como disciplina autônoma e a incorporação de seus conteúdos a outras disciplinas associadas, porém, ainda vinculadas a conteúdos como ética médica e Deontologia. O referido estudo concluiu que é reduzido o número de disciplinas autônomas de Bioética, embora haja discreto aumento nas últimas décadas. A pesquisa analisou também as questões referentes à ética nas provas do Exame Nacional de Desempenho de Estudantes (ENADE), que avaliou o rendimento dos alunos dos cursos de graduação nos triênios de 2004, 2007, 2010 e 2013, verificando que, mesmo nesse processo avaliativo, as questões de conhecimento geral têm peso de 25% e as de componente específico, 75%. O atual cenário, segundo esse estudo, aponta que o currículo da maioria das matrizes curriculares está voltado para o aspecto técnico da profissão, não dando a devida importância à formação ética dos futuros médicos, o que torna necessária a adequação das faculdades de medicina às Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014.

Para Sakamoto (2008, p. 12):

[...] fundamento de uma educação bioética é a reflexão rigorosa dos avanços biotecnológicos na atualidade. Essa educação é a reflexão sobre a vida, sem pretender chegar a uma discussão concluída ou última. Por possuir um conteúdo da filosofia prática, ela tenta encontrar a melhor fundamentação revendo sempre seus argumentos. A educação bioética é de caráter problemático e questionador, reflete sobre o futuro da humanidade, questiona os objetivos e os métodos da ciência, respeita a dignidade e a integridade dos homens. Assim, a educação bioética, por seu caráter prático, é útil e indispensável para o exercício de toda atividade profissional que tenha a ver com a vida ou com a prática social.

A saúde, como a educação, é um direito fundamental do ser humano, que está intrinsecamente relacionado à evolução dos direitos humanos garantidos na Declaração Universal dos Direitos Humanos, na Constituição Federal de 1988 e na Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos (DUBDH). Esses documentos estabelecem a interface da educação e da saúde e seu principal ponto de contato, a dignidade humana. Esse diálogo inclui a Bioética por ser uma ética aplicada à proteção de todas as formas de vida do planeta. Por seu caráter interdisciplinar, seu compromisso com a proteção dos mais vulneráveis, sua busca do diálogo, da solidariedade e da tolerância às diferenças faz da Bioética um poderoso instrumento para compreensão e busca de soluções para as implicações sociais, ambientais e éticas dos avanços científico-tecnológicos.

Para Siqueira (2009), no cenário brasileiro o modelo de formação universitária não tem sido capaz de oferecer amplamente uma educação médica comprometida com valores éticos fundamentais. Os médicos recém-formados não encontrarão os doentes isolados do seu contexto social e devem possuir a capacidade de se comprometer com os enormes problemas que a realidade brasileira impõe (SIQUEIRA, 2009). Segundo Garrafa, Oselka e Diniz (1997), o relatório de 1995, do Fórum Mundial de Saúde mostrava que o principal fator de mortalidade e a primeira causa de morbidade e de sofrimento em todo o planeta correspondia ao Código Internacional de Doenças - CID Z59.5: a extrema pobreza. No Brasil, a expectativa de vida de um nordestino pobre é em torno de 15 anos a menos do que a de um sulista igualmente pobre. Situações como a de extrema pobreza impedem não apenas o cumprimento do direito social e histórico à assistência, mas, principalmente, o cumprimento do direito mais fundamental, que é o direito à vida, através de uma de suas exigências primárias, o direito à saúde (GARRAFA; SAADA; KOTTOW, 2006).

Conforme o Relatório Nacional sobre Direito Humano à Educação, conceber a educação como direito humano diz respeito a considerar o ser humano na sua vocação ontológica de querer “ser mais”, diferentemente dos outros seres vivos, buscando superar sua condição de existência no mundo utilizando-se do seu trabalho para transformar a natureza, conviver em sociedade. E a educação é um elemento fundamental para a realização dessa vocação humana, entendida em suas diferentes acepções, no âmbito formal do sistema escolar e no âmbito não formal (PLATAFORMA BRASILEIRA, 2003).

A educação deve ensinar o dever para com o outro, um dever moral que assuma um caráter pessoal de ligação, “Dar valor ao outro por ser outro [...]” (PIEPER, 2012, p. 84). Ser capaz de dar e reconhecer no outro a diferença para ser possível o enfrentamento da fragilidade e o desaparecimento da dimensão da justiça na consciência do homem contemporâneo. Ser chamado à prática da justiça define a nossa subordinação, responsabilidade e dívida para com o Outro. Esse é o caráter distinto da justiça, ser uma relação com o Outro, propriedade que se realiza, antes de mais nada, num ato exterior. Esse ato de justiça reclama mais que só intenção, mas determinação, comprometimento e busca pelo Outro. O encontro entre o médico e o doente, tema do próximo capítulo, será o caminho para a alteridade, a justiça e a solidariedade, ou seja, “Não tenho um caminho novo. O que eu tenho de novo é um jeito de caminhar” (MELLO, 1999, p. 60).

4 EM BUSCA DO INFINITO LEVINASIANO – PROPOSTA PARA UMA BIOÉTICA DA VULNERABILIDADE

Este capítulo apresentará as categorias do pensamento ético de Lévinas, a dimensão da justiça na perspectiva deste filósofo e de outros filósofos contemporâneos e as possíveis consequências éticas do pensamento levinasiano pautadas no cuidado do Outro.

4.1 AS CATEGORIAS FILOSÓFICAS DO PENSAMENTO DE EMMANUEL LÉVINAS

Emmanuel Lévinas nasceu no dia 25 de dezembro de 1905 e faleceu em 25 de dezembro de 1995. Pensador descendente do povo judeu, nascido em Kaunas, na Lituânia, um dos países do mar báltico, adotou a cidadania francesa ao emigrar para a França em 1923. Até 1930, estudou Filosofia em Estrasburgo, participando de seminários com Husserl e com Heidegger. Doutorou-se em Filosofia com a tese *La Théorie de L'intuition dans la Phénoménologie de Husserl*, obra premiada pelo *Institut de France* e foi um dos primeiros introdutores da fenomenologia husserliana na França (CINTRA, 2002). Foi prisioneiro em campos de concentração nazistas de 1939 a 1945. Quando ainda prisioneiro, Lévinas soube que sua família tinha sido morta na Lituânia. Sobre Levinás, Wagner narra que:

Lá, experimentou a condição de 'coisa, objeto de uma tirania, e as consequências de uma ontologia, de um saber, de uma razão que concebe um ser para-dominar, um ser acima do ente e 'capaz de gerar crueldades que dilaceram tudo o que poderia vislumbrar-se de humano (WAGNER, 2006, p. 1).

Emmanuel Lévinas escreveu *Totalité et Infini: Essai sur L'extériorité* (considerada a sua obra de referência), para a sua livre-docência (*Doctorat ès Lettres*) na Sorbonne. Escrita em 1961, foi um exercício de síntese de um pensamento dialógico e questionador, obra da maturidade que, segundo Leonardo Boff (2003), mostra a riqueza de um filósofo que assumiu a Filosofia não como amor à sabedoria, mas como sabedoria do amor. Essa obra desenvolve uma crítica ao saber absoluto na filosofia ocidental e da visão totalizadora que caracterizou todos os grandes

sistemas filosóficos. Para Lévinas (2017), a experiência essencial não está na síntese, mas na relação intersubjetiva, no face a face, na sociabilidade e na relação ética.

Começam, no século XVII, as críticas dirigidas à subjetividade moderna, as quais ganham força nos séculos XIX e XX através de filósofos como Nietzsche, Freud, Heidegger e Foucault, que questionam a filosofia moderna e sua subjetividade alicerçada na centralidade do eu. Porém, foi desde a Grécia que se assentou um discurso de dominação e a filosofia ocidental foi, na maioria das vezes, uma ontologia. Na antiguidade e na Idade Média emergiu o Ser da metafísica clássica, que rompeu com a visão cosmocêntrica e instaurou o *logos*. Na modernidade, este Ser foi substituído pela ideia do Eu.

Lévinas identifica a subjetividade no contexto da Ontologia como egoísmo, interesse e permanência em si, *conatus essendi* e a incapacidade do eu de realizar o movimento de transcendência ao outro, bem como de reconhecer que o outro não é o alter ego do sujeito e, que a sua liberdade não pode desaguar no vazio da vontade (MIRANDA, 2008).

Foi por meio dos diálogos com Husserl, Heidegger, Rosenzweig e Descartes que Lévinas construiu as categorias filosóficas desenvolvidas ao longo do livro “Totalidade e Infinito”. Ele foi amplamente influenciado pelos trabalhos de Franz Rosenzweig, que se insurgiu contra as “totalizações” da filosofia ocidental, e de Edmund Husserl, que colocou a consciência como doadora de sentido, de intenção se dirigindo para o mundo e como medida de todas as coisas. Nessa obra, Lévinas deixa a Ontologia e busca a Metafísica ou a Ética, mas não se ocupou em escrever uma nova ética e sim em demonstrar que a Ética deve ser o ponto de partida de toda filosofia. Lévinas é um pensador do sentido do humano e, para compreensão de sua obra, serão explicitadas, neste capítulo, as categorias do seu pensamento ético.

Para Lévinas, a guerra é a consequência mais cruel do individualismo, que impede qualquer possibilidade de alteridade e conclui:

Mas a violência não consiste tanto em ferir e aniquilar como em interromper a continuidade das pessoas, em fazê-las desempenhar papéis em que já se não encontram, em fazê-las trair, não apenas compromissos, mas a sua própria substância, em levá-las a cometer atos que vão destruir toda a possibilidade de ato. Tal como a guerra moderna, toda e qualquer guerra se serve já de armas que se voltam contra quem as detém. Instaura-se uma ordem em relação à qual ninguém se pode distanciar. Nada, pois é exterior. A guerra não manifesta a exterioridade e um outro como Outro; destrói a identidade do Mesmo (LÉVINAS, 2017, p. 9-10).

Na filosofia ocidental, a Ontologia instaurou um ser solitário, neutro, sem sentido, gerado por um estado de guerra que faz do ente objeto de conhecimento. Lévinas questiona essa ontologia que nega qualquer relação e na qual a consciência se expressa na posse e na dominação do Outro. Ela não reconhece a alteridade, que padroniza, que só escuta a si mesmo e que apaga a humanidade, englobando todos os entes em uma existência sem rosto. Uma ontologia que se volta para o discurso e para a conceituação, que retira do ente o direito à palavra. Uma ontologia na qual o pensamento se converte em saber, em que a racionalidade não recebe sentido, mas doa sentido e aliena o Outro que passa a ser posse, deixando de ser um outro independente.

Totalidade expressa uma consciência gerada pela filosofia ocidental fundada no poder e na violência, no silenciamento e na dominação e apresentada como única possibilidade de verdade. Conforme Barbosa (2009), essa essência, esse modo de ser estabeleceu um horizonte que aprisiona e compreende os entes à luz de sua impessoalidade e neutralidade. Essa essência é uma configuração de mundo que despersonaliza, silencia, comanda sem que os indivíduos se deem conta; é uma ordem soberana, um contexto que invade e dirige. Lévinas identificou essa subjetividade sem rosto e fundida na neutralidade, esse universo impessoal que categoriza, que dissolve as identidades dos entes, que anula a relação em nome da essência do Ser. A crença de que só há vida na totalidade faz do Ser um prisioneiro num tempo sem sentido, perenizado, sem esperança e sem sensibilidade.

A totalidade submete a humanidade a uma universalidade impessoal e desumana e cada homem é um exemplar dessa generalidade. É a compreensão que engloba, adequa, que considera o geral, o panorâmico. Lévinas vê um grande problema quando o Ser tenta criar o semelhante, uma multidão de “Mesmos”. Essa violência é fruto de uma razão solitária, autossuficiente de liberdade e livre escolha, vinculadas ao domínio ontológico que estabelece uma relação teórica, a qual capta o indivíduo não na sua individualidade, mas na sua generalidade, subsumindo-o num conceito definido, único, que aborda cientificamente o mundo, transformando-o em objeto do conhecimento e desvanecendo a alteridade do Outro. O Ser estabelece-se como interesse, egoísmo que nega a alteridade e justifica o predomínio da guerra. A guerra no âmbito do Ser é a compreensão do ente sem escuta e sem direito à palavra.

Lévinas crítica a totalidade que não é sede da razão nem do pensamento, mas que é a história da filosofia ocidental que a tudo determina, esclarece e denomina. Ao

denominar-se verdade, englobou a todos nos seus parâmetros impessoais que destroem a singularidade e substituem as pessoas pelas ideias, o interlocutor pelo tema, a exterioridade pela interioridade. A totalidade é a filosofia do poder que não reconhece o que está para além de seus limites, é poder anônimo que prende os entes à imanência, isolamento dogmático e fechamento ao Outro, que faz concordar com a verdade da história dos vencedores (BARBOSA, 2009). Lévinas aponta ainda em Sócrates a origem dessa ontologia levada a cabo pela filosofia ocidental: “A lição de Sócrates: nada receber de Outrem a não ser o que já está em mim, como se, desde toda a eternidade, eu já possuísse o que me vem de fora. Nada receber ou ser livre”. (LÉVINAS, 2017, p. 30). E, para Lévinas, essa autossuficiência ou mistificação da razão revelou-se em uma filosofia do poder que impõe a condição de objeto e tema ao Outro. Ao doar sentido à inteligibilidade instaurada pelo pensante, reduz tudo a “noemas”, pois a Ontologia ou a razão formal se tornou puro poder e representação; é o primado da liberdade como anterioridade a tudo. Noema é o resultado do esclarecimento pela representação que compreende o ser e, lhe dá um sentido que não vem do Outro. A relação com o ser mediado pela representação tematiza, conceitua, toma posse e esclarece e, ao esclarecer, retira do Ser a sua resistência.

Em “Totalidade e Infinito”, o Eu não é definido a partir de uma natureza racional ou animal ou de qualquer outro gênero, pois a constituição do Eu não pode ser determinada por um caráter universal; o eu humano é singular, único e existente na sua existência. Heidegger foi um dos inspiradores de Lévinas, mas este se afasta daquele em “Totalidade e Infinito” ao inscrever o “Estar-no-Mundo” como um desfrutar ou como gozo do Eu dos elementos do Mundo. O Mundo é alimento para o Eu através dos seus elementos, como água, ar, luz e é nessa fruição que se estabelece uma relação direta e concreta do Eu com o Mundo, que antes de ser representação, o Mundo é também fonte de satisfação, prazer e gozo. A subjetividade será construída como solidão e egoísmo, e resultante no processo de individualização através da relação que o Eu estabelece com o Mundo, de exploração e absorção da sua alteridade para o gozo e satisfação do Eu.

Existe uma transitividade do viver e na relação do “Eu-Mundo”, “Viver de” representa prazer, mas também necessidade, e os elementos do Mundo são os complementos diretos. No contexto dessa relação primeira com o Mundo, o prazer e a necessidade do Eu estão diretamente relacionados à alimentação, portanto, o “não-Eu” ou Mundo é vivido como alimento que nutre e satisfaz as necessidades do Eu,

como algo externo, capaz de ser incorporado pela fruição. O alimento revigora e é o meio da transmutação do Outro em Mesmo, que está na essência da fruição: uma energia diferente, reconhecida como outra (LÉVINAS, 2017) que, pela fruição, torna-se a energia e a força do Eu, torna-se Eu. É através da fruição que se explora e se incorpora a alteridade do Outro. A satisfação ao fruir caracteriza o egoísmo do Mesmo, uma involução, uma retirada para si. É nesse movimento de saída ao Mundo e retorno a si que o Eu se define como Mesmo. O Eu, mantendo-se enraizado na estrutura “Viver para si”, na fruição dos elementos do Mundo, realiza-se como concreto egoísmo.

Lévinas identifica que, através do gozo e fruição na relação concreta do “Eu-Mundo” começa a se estabelecer a identidade do Eu, portanto, o Mundo antes mesmo de ser objeto da representação, é alimento que satisfaz as necessidades do Eu. Isso significa que “[...] a necessidade é o primeiro movimento do Mesmo” (LÉVINAS, 2017, p. 101) e a alteridade do Outro, que é o Mundo, é sobrepujada pela necessidade. A relação entre “Eu-Mundo” pode ser caracterizada como uma “Existência para si” e é nessa relação concreta que se dá o “Nascimento do Eu” com a busca de satisfação imediata para as necessidades do Eu através da fruição. E, em meio à fruição do gozo do Mundo, surgirá o psiquismo como dependência-independência do Mesmo, ou seja, é através desse duplo movimento de saída ao mundo exterior pela fome de alimento a fim de satisfazer sua necessidade e depois o retorno a si mesmo, pleno e satisfeito, que o Eu cria as possibilidades para o surgimento do psiquismo. O primeiro movimento de transcendência do Eu em direção ao Mundo e o retorno do Eu a si mesmo é descrito por Lévinas como “[...] transcendência primordial” (MIRANDA, 2008, p. 50).

Para Lévinas, a identidade do Eu vai se construindo no movimento de saída em direção à exterioridade do Mundo e com retorno a si. Esse movimento de permanente ambiguidade de ida e volta, de dependência e independência dos elementos do Mundo é determinante para a constituição do psiquismo e a interioridade do Eu. Esse retorno a si mesmo, ao seu porto seguro, garante a constituição da identidade do Eu enquanto Mesmo e ao permanecer sempre o Mesmo em qualquer situação e interpelação do Mundo, afirma a sua intocabilidade e, realiza a identidade enquanto modo de existência na “Mesmidade”, na qual nada que lhe é exterior é estranho.

No processo de identificação do Mesmo, o Eu se revela como o Mesmo na permanência no Mundo, onde tudo está ao seu alcance, tudo está compreendido. Na possibilidade de possuir, ou seja, de suspender a alteridade do Outro, o Outro só é

concebido como Outro em relação ao Eu (BARBOSA, 2009). Para explicitar como o “reviramento da alteridade do Mundo” se produz na identificação do Mesmo, Lévinas irá apresentar como elementos de identificação o Corpo, a Casa, o Trabalho, a Posse, a Economia.

Na sua relação primeira com o Mundo, o Eu começa a se preocupar com a incerteza e busca através da Posse, do Trabalho e da Casa assegurar a satisfação do amanhã, senão tudo acabaria no gozo imediato. A Casa é a condição a partir da qual o homem faz Economia e, a partir dela se torna possível a emergência do Mundo Econômico e da representação. A Casa é o lugar do recolhimento do homem, onde ele se encontra situado no Mundo, seu porto seguro, onde o Eu se edifica como interioridade e abre-se à exterioridade do Mundo. Na vida econômica, todas as coisas da Casa giram em torno do Eu para seu deleite e satisfação, ou seja, na Economia da Casa as coisas do Mundo se tornam Posse, o que caracteriza o primeiro movimento egoísta do Eu (MIRANDA, 2008).

Pela incerteza do amanhã, o Eu constrói a sua vida econômica como um novo modo de relação com o Mundo. Por uma necessidade econômica de racionalizar sua ação, o Eu busca a representação e o recurso à teoria motivado por uma atitude em querer saber. Essa inquietação pelo saber, produzida no ser, caracteriza uma nova saída do Eu em direção ao Mundo, agora mediado sempre por referências conceituais. O Eu não é capaz de ouvir a palavra do Outro por tudo querer conhecer, conceituar, categorizar e não permite a manifestação do existente sobre a qual a relação teórica não consegue abarcar. Miranda (2008) explica que ao se apropriar da realidade exterior e tomá-la como uma representação, este “sujeito epistêmico”, organiza, classifica e explica o Mundo a partir do seu campo de domínio e de visão e inicia um novo e sofisticado processo de identificação. A partir do Eu, a realidade exterior passa a ser representada em uma relação verticalizada, em que o Eu se afirma como o Mesmo e estabelece uma relação de superioridade, pois ele se compreende como o único capaz de dar e receber o sentido do Mundo e ser ponto de referência para que o Mundo gire em torno do Eu.

O Eu ergue-se como resistência à matéria, emerge da pura indeterminação do *il y a* e, ao se alimentar dos elementos do Mundo, resiste frente a eles. O *il y a* é a recusa de se tomar uma forma pessoal, é o Ser em geral, consagrado pela Ontologia, um ser impessoal que sempre retorna a si mesmo, desprovido de sentido. A Ontologia é a porta de entrada para o Ser, mas como sair do *il y a*, do não sentido? Para Lévinas,

o Eu, ao conferir um significado aos entes do Mundo, reduz o Outro a um conceito e o homem contemporâneo deve sair da totalidade do “Ser em si mesmo” e se abrir à exterioridade, rumo ao infinito e à transcendência do Outro. Portanto, continua o pensador, é preciso deixar o Eu de lado e “Ser-para-o-outro”, pois, quando o Eu é para o Outro, ele emerge da condição de *il y a* e reaparece desvinculado do Ser. Lévinas proclama que, para sair do Ser, é preciso deixar em suspenso a existência, despojar-se do Eu e caminhar em direção ao Outro. A consciência rompe com o *il y a* e passa a “Ser-para-o-outro”. A sociabilidade é condição de saída do ensimesmamento do homem contemporâneo. O Outro como porta de saída do Ser do *il y a* não pode ser objeto de domínio do Eu, deve ser por ele preservado na sua diferença, dando lugar à responsabilidade ética pelo Outro. A alteridade é, portanto, a relação do Eu com o absolutamente Outro, sem sujeição à razão totalizadora e sem que haja a inteligência ou a compreensão desse Outro (GOMES, 2008). Para Lévinas:

O absolutamente Outro é Outrem; não faz número comigo. A coletividade em que eu digo ‘tu’ ou ‘nós’ não é um plural de ‘eu’. Eu, Tu, não são indivíduos de um conceito comum. Nem a posse, nem a unidade do número, nem a unidade do conceito me ligam a outrem. Ausência de pátria comum que faz do Outro – o Estrangeiro; o Estrangeiro que perturba o ‘em sua casa’. Mas o estrangeiro quer dizer também o livre. Sobre ele não posso poder, porquanto escapa ao meu domínio num aspecto essencial [...] (LÉVINAS, 2017, p. 25).

Na expressão de alteridade absoluta, o Outro é pura inadequação que não se deixa apreender pelo conceito. Emmanuel Lévinas, em sua análise fenomenológica, na qual o olhar surge como percepção e sentido, o Outro se apresenta como um Rosto que exige respeito e acolhimento, ou seja, “Aqui, o Outro não nos afeta como aquele que é preciso subjugar, englobar, dominar, mas enquanto Outro, independente de nós” (NODARI, 2002, p. 201). Esse pensador chama de “Epifania do Rosto” a essa irrupção do Outro, que questiona os domínios do Mesmo e lhe interpela à responsabilidade. É a Epifania do Rosto que destitui a soberania do Eu e coloca o Rosto do Outro como a primeira lei moral e não mais a autonomia do sujeito. É na relação ética de transcendência ao Outro que o sentido do humano será buscado. A metáfora do Rosto revela o esforço de Lévinas para deixar de lado a ontologia tradicional.

Nesse processo de constituição, o Eu é pensado, por Lévinas, como único separado do Outro. Eu e Outro são separados por um abismo intransponível que os torna termos irreduzíveis e absolutos de uma relação. É por existir uma distância

abissal entre o Eu e o Outro que é possível o acolhimento, a responsabilidade pelo Outro e a construção de uma relação ética. Sem esta separação, não existiria o Outro e a humanidade encontrar-se-ia permanentemente situada no império do Mesmo. É na separação radical entre o Eu e o Outro que há condições de construção de uma nova relação com a alteridade sem que os termos desta relação sejam violentados ou absorvidos pela categoria da totalidade.

É nesse contexto de separação radical que Lévinas reconstrói a subjetividade como acolhimento ao Outro na perspectiva ética da relação face a face, tomando como ponto de partida a relação concreta estabelecida entre o Eu e os elementos do Mundo.

Para desenvolver seu pensamento sobre alteridade e produzir uma ruptura com a categoria da totalidade, Lévinas desenvolve a ideia do infinito (ideia esta extraída do livro “Terceira Meditação Cartesiana”, de Descartes). O homem, por ser finito e imperfeito, não poderia pensar algo perfeito como o infinito, portanto, tais ideias não provêm do *cogito*, mas de uma substância perfeita, que para Descartes é Deus.

Há dois aspectos em Descartes que influenciam Lévinas: um primeiro aspecto é a exterioridade da ideia do infinito, que não provém do “Eu penso”, mas de uma substância perfeita e infinita, exterior ao sujeito que a pensa, ideia inata, posta no homem pelo criador. O outro aspecto é que o infinito não pode ser contido pelo conceito ou pela representação. A ideia do infinito em Descartes excede o pensamento, pois foi inserida no Eu. É, portanto, anterior ao *cogito* e, com a qual, o pensamento não consegue apreender nem pelo conceito nem pela representação, mas com a qual passa a estabelecer uma relação.

É através da impossibilidade de conceituação, representação e domínio do infinito, que se vislumbra a possibilidade da “relação metafísica” com a ideia do infinito [...]. A relação que o Eu estabelece com o infinito, transcende a relação de conhecimento, pois, é uma relação que já situa o infinito em um campo metafísico. Na relação metafísica, o infinito, pela sua natureza, é algo que escapa a toda e qualquer possibilidade de representação do Eu (MIRANDA, 2008, p. 83).

Lévinas acompanha Descartes, cuja ideia do infinito não é concebida pelo sujeito racional, mas é uma ideia que vem de fora do sujeito e lhe chega como pura exterioridade. Da estrutura esboçada por Descartes, Lévinas se servirá ao pensar a relação entre o Mesmo e o Outro. Lévinas conserva o desenho formal cartesiano: o Eu pensante mantém uma relação com o infinito, relação marcada pela separação do

Eu com a ideia do infinito. Para Descartes e Lévinas, a ideia do infinito não tem sua origem no *cogito*; a ideia do infinito vem do exterior. Para Descartes, vem de um ser perfeito, Deus, mas Lévinas a chamará de Rosto (*Visage*) (MIRANDA, 2008). Em Lévinas, a “relação metafísica” com a ideia do infinito será expressa no encontro com o Outro, no face a face como relação ética entre o Mesmo e o Outro para além da categoria da totalidade e da perspectiva da “Filosofia do Mesmo” e, para isso, Lévinas afirma a radical separação entre os termos da relação e a absoluta alteridade do Outro. Esse é o “paradigma teórico” levinasiano: pensar uma nova relação do Mesmo com o Outro, não mais submetida à categoria da totalidade, mas uma relação face a face, “encarnada” e “concreta” com o Outro, cuja alteridade não é violentada pelo poder e domínio do Mesmo.

Sendo assim, a força do infinito não está no rigor de sua conceituação ou na clareza de sua representação, mas na capacidade de produção, na subjetividade, da ideia do infinito do Outro. Isso demonstra que o infinito em Lévinas não é concebido a partir de uma dimensão epistemológica ou de uma ontologia, mas de uma relação ética com o absolutamente Outro, sendo, por isso, considerado um infinito ético. É através da perspectiva ética da relação com o Outro, que a ideia do infinito ganha sua força e marca a originalidade da intuição filosófica de Lévinas (MIRANDA, 2008, p. 88).

A relação do Mesmo com a ideia do infinito é uma experiência com o exterior, com o Outro, sem que essa exterioridade possa integrar-se no Mesmo. A partir da relação do Mesmo com a ideia do infinito, Lévinas rompe com o pensamento filosófico ocidental centrado no Eu e que identifica que nada se recebe de Outrem a não ser o que já está em si. A ideia do infinito não é concebida pelo Eu, ela vem do Outro, ela parte do pensado e não do sujeito que pensa; assim, pensar a relação ética com a alteridade seria não mais pensar o Outro a partir da centralidade do Eu ou, ainda, pensar a ética fundada na perspectiva do Eu transcendental, mas, a partir do acolhimento e da hospitalidade ao Outro e de uma subjetividade capaz de acolher a ideia do infinito. Essa perspectiva levinasiana permite que o Mesmo e o Outro não sejam englobados num sistema conceitual e que rompam com a totalidade ao estabelecer uma estreita relação entre a ideia do infinito e a questão da alteridade.

Conceber o Outro a partir da ideia do infinito significa assumi-lo como alteridade que não se deixa capturar pela estrutura de assimilação e compreensão do Mesmo. O Outro, compreendido como ideia do infinito, não pertence ao domínio e ao poder do Mesmo. A relação ética estabelece-se no acolhimento da exterioridade do Outro pelo

Mesmo e não é a posse que caracteriza tal relação. Lévinas (2017, p. 69) afirma que “[...] a ideia do infinito é a própria transcendência, o transbordamento de uma ideia adequada. Se a totalidade não pode constituir-se é porque o infinito não se deixa integrar. Não é a insuficiência do Eu que impede a totalização, mas o infinito de Outrem”.

Em “Ética e Infinito”, Lévinas escreve:

O termo transcendência significa precisamente o facto de não se poder pensar Deus e o ser conjuntamente. Da mesma maneira, na relação interpessoal, não se trata de pensar conjuntamente o Eu e o Outro, mas de estar diante. A verdadeira união ou a verdadeira junção não é uma junção de síntese, mas uma junção do frente a frente (LÉVINAS, 1988, p. 69).

Quando o Mesmo não consegue adequar em si a ideia do infinito, ele se abre para uma nova relação com o Outro. Lévinas acredita que o Eu pode romper a imanência e ser conduzido para além das necessidades e da satisfação. Essa transcendência do horizonte do Mesmo se dará pelo desejo do absolutamente Outro. Esse movimento de abertura e transcendência do Eu em direção ao Outro, Lévinas chama de Desejo. Esse é um desejo metafísico que nenhuma posse apazigua, é desejo do infinito, do absolutamente Outro em direção ao infinito do Outro, desejo desinteressado, bondade. O Desejo que anima o movimento de transcendência é um desejo que não se confunde com necessidade ou falta ou pela vontade, porque é excesso que anima a transcendência do Eu em direção ao Outro. Desejar é, sobretudo, sair de si para além do horizonte de compreensão do Eu. É estabelecer uma relação não “alérgica” com a alteridade. Assim, de acordo com Lévinas, o Desejo não parte do Eu, vem do Outro: “O Desejo é desejo do absolutamente Outro, que chama à generosidade e à bondade” (LÉVINAS, 2017, p. 20).

O Desejo visa aquilo que verdadeiramente o excede, o absolutamente Outro e este Outro que ultrapassa a ideia do Outro no Mesmo, Lévinas chama de Rosto (*Visage*). O Rosto não é representação do Outro ou imagem. No Rosto, vincula-se a ideia de infinito e a alteridade. Nessa relação, o Rosto se irrompe e apresenta uma significação ética, porque “[...] no Rosto, no Outro, brilha de alguma forma a presença enigmática do infinito” (PIVATTO, 1992 apud MIRANDA, 2008, p. 341). Para se tornar ético, o desejo pelo infinitamente Outro deverá acolher o Rosto como alteridade absoluta.

O Rosto é recusa de ser conteúdo, não pode ser compreendido nem englobado. Na relação face a face, abre-se a dimensão do infinito que supera a ideia que o Eu tem do Outro, despertando um desejo que, para se tornar ético, deve reconhecer o Outro como absolutamente Outrem. O fundamento, portanto, da relação ética está no encontro com o Rosto. É nudez, miséria, exposição, ideal, altura e mestre. O Rosto como mestre ensina “tu não matarás”, é também linguagem e doação, bondade e justiça, desejo e “Deixar-ser”. O face a face é uma experiência ética. O núcleo da ética de Lévinas é a denúncia do esquecimento da dimensão ética do Rosto. O Rosto do Outro chama o Eu para fora de si e exige justiça; é um mandamento que resiste ao poder da razão, à intencionalidade do *ego cogito*. Ao sair de si mesmo e transcender-se em prol do Outro, a moralidade se funda na possibilidade de acolher Outrem, de tal forma que ele tenha primazia sobre o Eu. O Rosto ordena o agir moral, não se trata de adequação do objeto à consciência do Eu pensante, mas no acolhimento de Outrem. O Rosto do Outro é fundamento da lei moral (NODARI, 2002).

Essa relação produzida pela separação do Mesmo e do Outro permite que o Outro não seja dominado pelo Mesmo. Portanto, na irrupção do Rosto emerge uma nova compreensão do infinito, de estrutura formal que visa provar a existência de Deus, em Descartes, para uma compreensão da ideia do infinito situada na relação concreta com a alteridade. Em Lévinas (2017), a ideia do infinito é situada na relação face a face e assume um caráter eminentemente ético. Para Miranda (2008), “[...] a ideia do infinito não nasce no interior de uma consciência finita e nem é introduzida por um ser superior, como concebe Descartes; ao contrário, surge a *posteriori*, a partir da relação frente a frente com o Rosto do Outro” (KUIAVA, 2003 apud MIRANDA, 2008, p. 185). E completa:

O infinito do Outro, compreendido como uma alteridade absoluta coloca em questão os domínios do Mesmo e se manifesta concretamente a partir da relação face a face. Com esse entendimento, Lévinas inverte os termos que justificam a ética no pensamento filosófico da modernidade: a partir de então, a ética já não encontra suas bases de fundamentação na autonomia do sujeito racional, mas é descrita como um acontecimento que se produz através do encontro com o Outro. Isso significa dizer que a irrupção do Rosto como significação ética, é o elemento que inaugura a relação face a face. (MIRANDA, 2008, p. 94).

É através da linguagem que se estabelece a relação do Eu com o Outro que se faz presente como exterioridade e absolutamente Outro. Para transpor o espaço ou o

abismo que separa o Outro e o Eu é preciso construir uma ponte para comunicação, na qual um não complementa o outro, mas sim permite a troca e o diálogo.

O Rosto, como eminência do Outro, convida o Eu a uma relação em que o poder não se faz presente, mas reclama uma responsabilidade incondicional sem qualquer justificação normativa, pois não será a lei que a determinará e sim a simples Epifania do Rosto.

4.2 PROXIMIDADE, VULNERABILIDADE E JUSTIÇA EM LÉVINAS

Lévinas é um pensador da filosofia contemporânea que situa a questão da alteridade no centro de seu pensamento filosófico. Ao falar sobre o Rosto, um Rosto que clama e exige justiça denuncia uma sociedade totalitária e fechada em si mesma, marcada pelo isolamento, pela competição, pela dominação e que nega a própria condição humana. O pensamento de Lévinas se opõe a essa sociedade da indiferença, a esse modelo que isola, que se fecha e nega o Outro. É tarefa da Filosofia um pensar para além da compreensão humana, ir além dos recônditos que cercam o humano e de uma linguagem que enuncia uma autorreflexão inesgotável e sem parâmetros. Não é possível construir um discurso ético emergido de uma consciência no primado do Mesmo, que a tudo identifica e que se move por um tempo que privilegia o presente. Diante do isolamento do homem moderno, requer-se uma compreensão de um tempo enunciado como descoberta do Outro, um tempo de descoberta da alteridade. A subjetividade não pode ser enunciada na instância do Eu, mas na abertura ética que permite pensar a alteridade na relação com o Rosto, num movimento de reconstrução da própria subjetividade, demonstrando os limites de uma filosofia centrada no Eu e que descortina um modo de pensar para além da “Filosofia do Mesmo”. Ao sair de si mesmo e acolher o Outro, o sujeito encontra a si próprio. É nessa abertura ao Outro que ressurge este novo Eu, um “Eu-para-o-Outro”. Lévinas, ao criticar a filosofia ocidental, o homem e a sociedade atuais, situa a Ética como “filosofia primeira” e propõe o acolhimento, a responsabilização incondicional pelo Outro como caminho para o reencontro do sentido da existência humana.

Para Bordin (apud NODARI, 2002, p. 197):

Do ponto de vista filosófico, a tarefa de Lévinas não foi a de escrever uma nova ética, mas de mostrar que a perspectiva ética deve ser o ponto de partida de toda a filosofia. A descoberta de que eu sou um sujeito infinitamente responsável pela vida do outro é o início de uma meditação em torno da pergunta sobre o ser. A tomada de consciência de minha responsabilidade é o início de cada conhecimento em geral, pois cada conhecimento deve ser purificado de sua tendência natural ao egocentrismo. A base da consciência de si não é a reflexão, mas a relação com o Outro. Lévinas recusa conceder à dialética hegeliana do senhor e do escravo, à guerra das consciências, o privilégio da origem da consciência de si. Esta é mais o fruto do milagre da saída de si mediante a abertura ao Outro, que, antes de ser uma força alienadora que me ameaça, me agride e me esvazia, pode ser uma possibilidade de abertura que rompe as correntes que me prendem a mim mesmo.

O Rosto é a revelação plena do infinito, somente reconhecendo no Outro o absolutamente Outrem; numa alteridade absoluta é que se concretiza a relação ética. O fundamento, portanto, da relação ética está no encontro com um Rosto. O Rosto, como mestre, ensina: “tu não matarás”. Segundo Lévinas (2017), estar em relação face a face é não poder matar. O Rosto, ao se revelar, não pode ser aprisionado, pois resiste à posse e ao poder. Matar não será dominar, mas nadificar, “[...] só se pode matar um ente absolutamente independente, aquele que transforma infinitamente meus poderes e ao qual não se opõe, mas paralisa o próprio poder do poder. Somente o próximo é o ser que posso querer matar” (LÉVINAS, 2012). O Rosto interpela e conduz para fora de si, para além do Ser, para o diferentemente do Ser, em direção a um “Ser-para-o-Outro”, é o momento em que o Eu se torna responsável pelo Outro, que exige acolhimento, responsabilidade e justiça.

O início da consciência moral é o acolhimento do Outro em sua infinitude. A liberdade do Eu é questionada no acolhimento do Outro e não consegue se justificar por se revelar arbitrária e violenta. Este acolhimento de Outrem põe em questão a liberdade do Mesmo. A consciência moral é o reconhecimento da anterioridade e da excelência do Outro para além da vontade e da consciência do Mesmo. A responsabilidade é possível somente a partir da vergonha moral, produzida diante do Outro, no contraste entre a soberania, a espontaneidade e a liberdade arbitrária e, potencialmente assassina, do Mesmo e a excelência, a humildade e a oferta de paz do Outro. Portanto, diante do Outro, o Mesmo torna-se vulnerável, confirma sua permanência e não se deixa fugir. Nesse sentido, a vergonha é uma categoria existencial revolucionária que rompe com o círculo da totalidade e da subjetividade solitária (NODARI, 2002).

Lévinas irá conceber a liberdade como acolhimento do Outro e o início da consciência moral se dá como proximidade que se impõe como exigência e domínio da compreensão de liberdade. O imperialismo do Mesmo é toda a essência da liberdade e acolher o Outro é colocar a liberdade em questão (LÉVINAS, 1988, p. 73). Acolher a Outrem, que se mostra como presença, como próximo ao Mesmo é um convite a sair da indiferença e convocar à justiça: “Proximidade é o sentido mais profundo da vida humana” (NODARI, 2002, p. 205). A consciência moral é acolhimento, a atitude ética é colocar-se a serviço, a favor do bem, da justiça e da responsabilidade. A proximidade não se efetiva na reciprocidade do aperto de mãos, da carícia ou da colaboração, não está no saber e tampouco na reciprocidade. Proximidade é não indiferença à presença do Outro que me olha. Para Nodari (2002, p. 210), “[...] a diferença é a não indiferença e a não recusa à reciprocidade, eu sou responsável pelo Outro desde sempre”.

A proximidade não é fusão, não é a pertença ao mesmo gênero, não é um saber. É um contato com o Outro que não pode suprimir nem anular sua alteridade, é fraternidade irrecusável, é impossibilidade de recusa, é relação proximal sempre insuficiente e nunca demasiadamente próxima. O próximo é irmão. Trata-se de um amor que não espera correspondência. Existir é carregar o peso do Outro, sofrer pelo Outro, ser responsável por ele, suportá-lo, estar em seu lugar, consumir-se por ele. A responsabilidade qualifica a subjetividade e, enquanto resposta, é o peso que a subjetividade carrega. Em Nodari (2002), a proximidade mais próxima está no Rosto do Outro que me olha. O humano nasce da saída da dimensão ontológica em direção ao Outro em sentido único. O Rosto é responsabilidade irrecusável que antecede todo consentimento livre, todo pacto e todo contrato. A relação com o Outro deixa de ser apenas Rosto para irromper como próximo.

Para Lévinas, em “De Outro Modo que Ser o Más Allá de la Esencia”, a sensibilidade é apresentada como fruição (gozo) e ferida (sofrimento) que constitui a subjetividade como vulnerabilidade. Para se pensar a subjetividade e o sentido do humano para além da essência do Ser será preciso a saída do Ser como possibilidade de substituição. Uma subjetividade compreendida como passividade e exposição ao Outro, subjetividade que é, ao mesmo tempo, fruição e gozo, ferida e sofrimento. Lévinas reafirma a ideia, já presente em “Totalidade e Infinito”, de que a sensibilidade, antes de ser da ordem do pensar, é da ordem do sentir e acrescenta que a sensibilidade é descrita como uma passividade mais passiva que toda a passividade

(NODARI, 2002). A subjetividade encontrará na sensibilidade a via de relação com o próximo. Essa ideia está também presente em “Totalidade e Infinito”, onde a sensibilidade, antes de ser da ordem do pensar, é da ordem do sentir e coloca a subjetividade como refém do Outro.

Para Nodari, a subjetividade, como responsabilidade pelo Outro sempre responderá à relação de proximidade. Uma responsabilidade que não descende da liberdade do sujeito, mas que se constitui como a própria subjetividade. Responsabilidade que tem sua origem na relação de proximidade com o Outro e que é unida na sensibilidade como vulnerabilidade. Lévinas mostra uma sensibilidade nos termos da vulnerabilidade, da exposição ao ultraje e à ferida exposta ao traumatismo, à flor da pele que, na sua extrema passividade, é afetada pelo questionamento do Outro. O Rosto questiona a liberdade e marca na pele da sensibilidade, a insubstituível responsabilidade pelo Outro. A sensibilidade assume uma responsabilidade intransferível que caracteriza o Eu como sujeito capaz de realizar a substituição pelo Outro (Relação Um-pelo-Outro). É a compreensão da sensibilidade como exposição e vulnerabilidade que cria as condições de possibilidade para um pensar ético da subjetividade.

Lévinas descreve a sensibilidade como fruição, contato e proximidade. Na fruição, ele introduz novos elementos e passa a qualificar a sensibilidade como vulnerabilidade. Ele rompe com a existência do Ser-para-si na fruição dos elementos do Mundo, ao descrever a sensibilidade como ferida e sofrimento. Desse modo, a ruptura que a ferida produz na sensibilidade só se efetiva quando o sofrimento e a dor se transmutam em doação e generosidade. Para Lévinas, na relação concreta com a alteridade, a da sensibilidade se expressa como doação ao Outro, como dádiva e doação do pão de sua própria boca.

A sensibilidade é, assim, exposição, sofrimento e doação, algo que se tece como subjetividade responsável pelo Outro. Na proximidade com o Outro, a sensibilidade como vulnerabilidade inaugura uma nova relação ética, concebida não a partir de princípios universais, mas a partir do contato sensível que se faz na proximidade. Essa relação sensível de contato e proximidade está na base da responsabilidade ética pelo Outro. Entretanto, sem o egoísmo na sua condição de puro contentamento, o “sofrimento não teria sentido” (LEVINAS, 2003, p. 132). Portanto, a sensibilidade é contato, capacidade de ser tocado pelo Outro, vulnerabilidade e exposição ao próximo, ou seja, é fruição (gozo), contato (proximidade), vulnerabilidade (exposição, ferida, sofrimento). Esses diferentes termos tecem a complexa teia da descrição fenomenológica da subjetividade, na qual Lévinas procura expressar o dizer da sensibilidade na perspectiva de sua significação ética com o Outro (MIRANDA, 2011, p. 181).

A proximidade conduzirá à justiça e chama o Eu a ser responsável não só pelo Outro, mas também pelo Terceiro, pois o Outro nunca está só. Quando se vive em sociedade, o Outro nunca se apresenta sozinho, existe sempre um terceiro que acompanha o Outro. Ou seja, quando o Outro se revela ao Eu, clama por justiça, assim também o Terceiro, quando se apresenta, exige-a. A justiça se torna imprescindível porque com o Outro surgem todos os outros pelos quais o Eu é responsável.

Em “Ética e Infinito”, Lévinas fala sobre a justiça:

Como é possível haver uma justiça? Respondo que é o fato da multiplicidade dos homens e a presença do Terceiro ao lado de Outrem que condicionam as leis e instauram a justiça. Se estou sozinho perante o Outro, devo-lhe tudo; mas há o terceiro. Saberei eu o que é o meu próximo relativamente ao Terceiro? Saberei eu se o Terceiro está de acordo com ele ou é sua vítima? Quem é meu próximo? Por consequência, é necessário pesar, pensar, julgar comparando o incomparável. A relação interpessoal que estabeleço com Outrem, também a devo estabelecer com os outros homens; logo há necessidade de moderar este privilégio de Outrem; daí a justiça. Esta, exercida pelas instituições, que são inevitáveis, deve ser sempre controlada pela relação interpessoal inicial (LÉVINAS, 1988, p. 81).

Lévinas entende que a justiça não é representada por conceitos ou regras a serem cumpridas e sim, por essa responsabilidade infinita a que o Outro e os Outros invocam.

Em “De Deus que Vem a Ideia”, Lévinas (2002, p. 105) escreve:

A responsabilidade para com o próximo consiste precisamente no que vai além do legal e obriga para além do contrato; ela me incumbe de alguém de minha liberdade, do não presente, do imemorial. Entre mim e o Outro escancara-se uma diferença que nenhuma unidade da percepção transcendental poderia recuperar. Minha responsabilidade por Outrem é precisamente a não indiferença dessa diferença: a proximidade do Outro.

Em “Totalidade e Infinito”, o Outro convida à generosidade, à bondade e exige-lhe justiça. O Outro é absolutamente Outrem, é o não igual, portanto, a relação face a face será assimétrica. O Outro pode surgir como fragilidade e miséria, desigual e sem reciprocidade. Como poderá o Eu relacionar-se com o Outro sem dominá-lo? Não será a racionalidade ou uma lei que irá retirar o Eu de seu egoísmo e sim a sensibilidade compreendida como exposição ao Outro. A sensibilidade que se expressa na proximidade com o Outro é um elemento anterior à razão e origem do saber, somente quando o Eu é sensível ao Outro é possível encontrar o seu sentido humano e superar o egoísmo, o individualismo e o fechamento em si mesmo. A sensibilidade permite

resistir à dominação do Eu e conduz à responsabilidade do Eu-para-o-Outro, “Seja enquanto resistência, seja enquanto superação do retorno ao Mesmo, a sensibilidade é a porta que conduz à responsabilidade pré-originária, anterior a qualquer decisão, determinação ou imperativo” (GOMES, 2008, p. 66).

É em “Totalidade e Infinito” que Lévinas usa o termo justiça para se referir à responsabilidade que surge da relação Eu-Outro. Justiça remete à equidade e à igualdade, mas, a ética, em Lévinas, é a da alteridade, da diferença, que se funda no Outro e não na identidade do Eu. Portanto, justiça, em “Totalidade e Infinito”, é um sentido puramente de responsabilidade. O autor, em outras de suas obras, reconhece a ambiguidade da expressão justiça aplicada em “Totalidade e Infinito” e procura esclarecer melhor os termos utilizados, em especial o que se entende por justiça.

Gomes explica que:

A epifania do Rosto questiona a moral do Eu e desperta para o reconhecimento da excelência do Outro, num contínuo apelo por justiça. A chegada do Outro perante o Eu desperta-o para a responsabilidade que surge a partir da vergonha moral resultante do contraste entre a liberdade arbitrária e potencialmente assassina do Eu e a proposta pacífica de relacionamento que o Outro me oferece (GOMES, 2008, p. 68).

Assim,

O Outro, portanto, torna-me vulnerável, confirma minha permanência e não me deixa fugir. Neste sentido, a vergonha, como categoria existencial revolucionária, não é mais um sintoma do mal de ser e necessidade de evasão pura e simples, mas ruptura do círculo da totalidade (NODARI, 2002, p. 204).

Essa vergonha moral possibilita ao Eu abandonar a egolatria e se voltar a uma relação ética com o Outro, fundada na responsabilidade. Para Lévinas, o Eu é sempre responsável pelo Outro, de modo irrestrito e sem possibilidade de escolha (GOMES, 2008).

Lévinas define que a voluntariedade surge na totalidade e retorna ao Eu após a prática da bondade como satisfação do Eu-em-si-mesmo. Assim, a benevolência voluntária ou o altruísmo são compreendidos como extensão do Eu que refletem o poder do Eu frente ao Outro. A responsabilidade que a alteridade suscita começa com a repulsa do Eu em usar seu poder para subjugar e em obediência ao apelo do Outro, responsabilidade que decorre de uma relação ética assentada na assimetria, iniciando-se, anteriormente, à própria consciência e liberdade. Essa responsabilidade

não depende de uma justificação legal e surge do desejo metafísico que impulsiona o Eu a sair de Si-mesmo em direção ao Outro sem desejo de dominá-lo e que nunca se satisfaz porque é infinito. Dessa forma,

Perante o Outro, o Eu é responsável até o infinito e incessantemente. Nesse contexto, a justiça é sinônimo de responsabilidade pelo Outro como Outro, que Não-Eu. Ser justo é ser servidor do Outro ilimitadamente, é reconhecê-lo como mestre, conforme diz Lévinas (GOMES, 2008, p. 69-70).

Na obra “Totalidade e Infinito”, a justiça aparece como uma exigência diante do Outro e de um Terceiro, que também exige justiça. Portanto, diante do Rosto que rompe com o Ser-em-si-mesmo, o Eu se conduz para um Ser-para-com-todos. Esse Terceiro, não é um semelhante, mas o próximo do Outro e próximo do Eu. O Terceiro é absolutamente o terceiro e o Outro é absolutamente o outro em relação ao Eu. O Terceiro surge do emaranhado de relações complexas e rotineiras do Eu, que ao entrar em contato com o Outro se encontra com o próximo do Outro ou Terceiro. Seu papel na relação é o de moderador do acesso do Eu ao Outro, pois impede que o Outro seja o único acolhido ou que o Eu exerça seu poder sobre o Outro. A justiça se faz quando há perturbação na relação entre o Eu e o Outro pelo Terceiro, pois é ele quem revela o limite da responsabilidade do Eu. Lévinas compreende a justiça como uma exigência do Rosto, como responsabilidade do Eu para com o outro, e como responsabilidade do Eu por todos os Outros que se apresentam como Terceiro, em todos esses momentos a responsabilidade decorre da ética da alteridade (GOMES, 2008, p.71). Dessa forma,

O encontro com Outrem é imediatamente minha responsabilidade por ele. A responsabilidade pelo próximo é, sem dúvida, o nome grave do que se chama amor do próximo, amor sem Eros, caridade, amor em que o momento ético domina o momento passional, amor sem concupiscência (LÉVINAS, 2010, p. 130).

Gomes (2008) explica que Lévinas irá articular melhor seu pensamento de justiça em “Outramente que ser ou mais além da essência”, que retomará a assimetria da relação Eu-Outro para falar em proximidade, fraternidade, vulnerabilidade e substituição. O autor apresenta de forma mais clara a relação Eu-Outro e todos os Outros que se apresentam na vida em sociedade. Diante do Outro, o Eu possui uma responsabilidade infinita que não se estabelece como compromisso anteriormente assumido e que se origina num movimento espontâneo que abre espaço para a

relação ética, para a alteridade. O Terceiro aparece como Outro do Outro e interrompe a relação dual Eu-Outro para dar lugar à proximidade entre os homens. Deixando a Ontologia, Lévinas caminha em direção à ideia de proximidade; para o autor, o sentido não está mais no Ser, mas na relação de proximidade entre o Eu e o Outro. A proximidade é a não indiferença ao Outro, o Eu não deve exercer sobre o Outro poder, não pode anulá-lo, não pode “matá-lo”. O próximo não diz respeito ao Eu por pertencer ao mesmo gênero, mas porque é exatamente o Outro. A proximidade mais próxima se exprime no Rosto do Outro, que olha e desperta no Eu a responsabilidade irrecusável que antecede a todo consentimento.

Ao ceder lugar ao surgimento de um Terceiro, o pensamento do filósofo Lévinas vai além de uma relação dual e se abre à humanização ao reivindicar a responsabilidade para todos os humanos. A subjetividade do Eu é interpelada por Outrem e por todos os Outros. Diante do Rosto, o Eu se coloca na pele do Outro sem perder a si próprio e se torna refém daquele que se apresenta. Saindo do individualismo do em si próprio, origina-se um Eu-para-o-Outro que diferentemente de simplesmente ser, se reencontra além da essência.

O pensamento de Lévinas aponta para a necessidade de se reconstruir a subjetividade e uma nova sociedade como consequência. Uma exigência feita a cada pessoa que não se restringe ao Outro somente, mas se estende ao próximo, o Outro do Outro, ou seja, o Terceiro e perante toda a humanidade. Segundo Gomes (2008, p. 74), “Identificando a presença do Terceiro e integrando-o à relação, Emmanuel Lévinas proporciona ao seu pensamento um caráter universal, afastando a pergunta: de quem sou mais próximo?”.

O surgimento de um Terceiro permite um humanizar-se, pois a responsabilidade do Eu se estende ao próximo do próximo. A justiça deixa de ser um conjunto de regras e passa a ser entendida na multiplicidade das relações do Eu. Portanto, a necessidade de se calcular, medir, comparar, organizar será consequência dessa multiplicação das relações do Eu. Para Lévinas, aqui surge a possibilidade de o Eu delegar ao Estado a sua responsabilidade e dele exigir justiça. O Estado não surge antes da relação Eu-Outro, mas é essa relação que leva ao surgimento do Estado, de forma que “Se não houvesse ordem de justiça, não haveria limite para a minha responsabilidade” (LÉVINAS, 2010 p. 132). Mas não se deve esquecer de que é da relação Eu-Outro, enquanto responsabilidade, que procede a justiça.

A justiça de Lévinas não enxerga cada um dos outros como exemplares de um mesmo gênero; para ele a fraternidade é anterior à igualdade. É a justiça fundamentada na ontologia que trata de modo igualitário os interesses dos indivíduos, suprimindo lhes a singularidade. Para Lévinas, da relação Eu-Outro e Terceiro nasce a justiça, busca-se quem é o mais próximo a partir da presença de cada um, sem, entretanto, reduzi-lo a um igual. Lévinas não entende a ideia de justiça como um conjunto de normas jurídicas regendo massas através de uma técnica de equilíbrio social que tenta harmonizar forças antagônicas e sim um compromisso ético estruturado sobre a responsabilidade e realizador da alteridade. Justiça para este pensador é o fruto da ética da alteridade, que retira o Eu do Em-si-mesmo e possibilita transcender ao Outro em sua infinitude, impedindo que o Eu retorne a si e se abrindo à responsabilidade incondicional pelo Outro e por todos os Outros. A proximidade demanda justiça que só se realiza se quem a solicita se encontra em proximidade. Lévinas entende que tanto a justiça quanto a responsabilidade pelo Outro se dá a partir do face a face como acolhimento do Outro e dos Outros e a presença e proximidade do Outro contagia ao ponto de o Eu deixar o egoísmo e o isolamento em busca de uma sociedade fraterna.

Para Gomes

Aberto ao terceiro e à justiça a partir da exigência ética, indo além da unilateralidade e não se deixando dominar pelo reducionismo, o Eu se sente responsável não só pelo Outro, mas por toda a coletividade. Não há Eu sem responsabilidade pelo Outro e pelos Outros, donde decorre que, diante do Rosto que se apresenta, todos seres humanos são chamados a responderem: “Eis-me aqui!” (GOMES, 2008, p. 76).

É através da relação Eu-Outro que surge o Nós e, conseqüentemente, o Estado com suas instituições. Em que pese reconhecer a necessidade do Estado, Lévinas teme a sua lógica totalitária de encarar o Eu e o Outro a partir do universal. Segundo o pensador, no Estado, o Outro é pensado como indivíduo de um gênero. O acolhimento do Outro pelo Eu é uma responsabilidade pré-originária, é a relação primeira independente de um comando legal ou de uma ordem moral. A responsabilidade pela coletividade, como pluralidade, surge pela exigência ética de justiça diante do Terceiro e, com isso, nasce a expectativa de uma nova civilização, voltada para além de si mesmo, aberta ao exterior, ao Outro, ao diferente. No

pensamento levinasiano, a Ética e o Direito são inseparáveis por terem como origem o Outro, tornando a justiça e a responsabilidade quase sinônimas.

Lévinas inicia seu pensamento a partir da cotidiana relação Eu-Outro e revela que a justiça não é algo que se constrói por contratos, mas resulta de uma exigência de responsabilidade que o Rosto do Outro ou de Outros faz ao Eu. Sua acepção não parte de princípios e valores universalmente aceitos e tampouco recorre a uma construção ideal de sociedade. A justiça não deve partir do universal, mas do singular, que não é o Eu, mas o Outro. A relação Eu-Outro que origina o Estado é um mero instrumento de realização da justiça, mas que deve ter seu limite no Outro.

Se a responsabilidade for entendida como uma norma legal e não como reconhecimento do Outro, permanecerá uma relação de poder. O critério norteador de relações justas deve ser a alteridade e não o princípio de igualdade, pois as pessoas são absolutamente diferentes. O pensamento levinasiano inverte a lógica política e socialmente estabelecida, os direitos pertencem aos Outros, antes mesmo que o Eu os reconheça. Para o filósofo, não há opção, ou o ser humano, através da sensibilidade, assume sua responsabilidade e se faz ético ou não se faz humano. Diante da ética da alteridade, todo ser humano deve acolher todo o Outro que ao Eu se apresenta e interpela a responsabilidade. Ela não surge para justificar o conteúdo de normas jurídicas, mas é anterior, é pré-originária e conduz à responsabilidade infinita do homem para com o seu próximo. O Direito não deve servir à individualidade ou ser um mecanismo de poder, mas deve estar fundamentado no desejo metafísico de construção de relações éticas. Premido pela subjetividade acolhedora do Rosto, o Direito será ético, humano e permitirá o reconhecimento dos homens entre si e afastará a indiferença, não se reduzindo a uma racionalidade procedimental que impõe códigos e normas, e será capaz de propiciar a paz e o bem comum.

4.3 O INFINITO LEVINASIANO NA RELAÇÃO MÉDICO-DOENTE

O Rosto que padece interpela e quando o Eu é chamado surge o espaço para a relação ética. Relação que se inicia no diálogo pelo desvelamento do Rosto inaugurado na apresentação do Outro (CARDOSO, 2008). Lévinas propõe o acolhimento, a responsabilização incondicional pelo Outro como caminho para o reencontro do sentido da existência humana. Trata-se aqui de propor esse reencontro na relação entre o médico e o doente. O Outro se revela somente através da relação

que não deve significar conhecimento para o médico, mas sim relacionamento: “A relação com o infinito não é conhecimento, mas proximidade [...]” (NODARI, 2002, p. 217). Nunca se saberá tudo sobre o doente e, nessa incompletude, é através do Rosto que surgirá o espaço para a construção de uma relação, cujo início é a linguagem. Lévinas ao falar do infinito confirma o infinito e o valoriza em sua condição própria que se apresenta enigmaticamente na vulnerabilidade do Rosto que clama por acolhimento (NODARI, 2002, 217). Será através da sensibilidade pré-racional à interpelação do Rosto do Outro que se apresenta diante do médico que se dará uma responsabilidade anterior a qualquer reflexão, uma responsabilidade contida numa disposição ética, que se converte em justiça diante de tantos outros Rostos.

Para Lévinas, somente a saída de si mesmo no acolhimento ao Outro é que o Eu encontra a si próprio. O Eu, fechado em si mesmo, só pode ser conduzido para fora, para além do Eu e se tornar responsável por aquele que se lhe coloca à frente, através da sua sensibilidade. Somente na abertura ao Outro que se encontra fora é possível ressurgir um novo Eu, um Eu-para-o-Outro, e é essa subjetividade que motivará a transformação individual e da sociedade. É a liberdade do encontro que se dará a possibilidade de reconstrução da subjetividade, pois é pela sujeição ao Outro que o Eu não se aliena nem se escraviza, mas liberta-se. O humano nasce da saída da dimensão ontológica em direção ao Outro em sentido único e sem retorno a si mesmo. A subjetividade carrega o peso da responsabilidade pelo Outro e a única maneira de anunciar uma responsabilidade infinita e confirmar a singularidade e unicidade da subjetividade é dizer “Eis-me aqui” (NODARI, 2002, p. 217).

A proximidade com o Outro inaugura uma relação na qual o Outro deixa de ser apenas Rosto para irromper como próximo. Nessa ordem, o Rosto não é mais Rosto, mas o próximo que não deve ser visto, mas acolhido. Para Ribeiro Júnior (2016) só há sentido em debruçar-se sobre o sofrimento do Outro se o Outro como Outrem aparecer como aquele que se revela na sua dor, caso contrário há sempre o risco de qualquer discurso se tornar superficial. Só Outrem pode revelar a dimensão e o alcance de sua dor. Portanto, somente será possível transcender a indiferença tão presente no discurso médico através da Epifania do Rosto e da proximidade. É preciso romper com essa racionalidade construída ao longo da história da Medicina. A proximidade pretendida anseia pelo olhar, pela carícia, pelo toque, pela escuta, categorias tão essenciais à prática clínica e já apontadas por Roselló e Gadamer. A exposição que a proximidade suscita torna o Eu refém de Outrem, agora já num

sentido de substituição, de Um-para-o-Outro e de impossibilidade de não indiferença e de abandono do próximo que se aproxima. É também nesse sentido que se enseja essa “maternidade”, portanto, este Outro que se aproxima, invade o núcleo da subjetividade do Eu (médico), permitindo o Outro ser e servindo este corpo vulnerável do doente. Na aproximação, o Eu é sempre servidor do próximo, é irmão, é fraternidade (NODARI, 2002).

Lévinas foi trazido para este trabalho para dialogar com o Mesmo, o médico. É pouco provável que exista algum filósofo cujo pensamento não se desenvolva como diálogo. Em Lévinas, isso também acontece; sua filosofia é construída, em grande parte, como diálogo com a tradição (RODRIGUES, 2007). Na obra “Totalidade e Infinito”, Lévinas dialoga com seus interlocutores mais próximos, Heidegger e Husserl, cuja concepção de Ontologia será questionada por aquele autor não como falha ou imprecisão, mas na sua insuficiência em dar conta da complexidade da existência e mais ainda da relação com o Outro, a relação com a alteridade. Esse diálogo proposto com Lévinas e com a tradição médica revelou a necessidade do acolhimento, da proximidade, da busca do infinitamente Outro, da relação face a face, da sociabilidade, ou seja, da Ética. Este Outro, tratado por Lévinas, se revela e irrompe no Rosto, e a partir dessa abertura ao Outro é que surge efetivamente o sujeito, o doente. Descortina no horizonte filosófico de Lévinas, na proximidade e na assimetria de toda relação, a exposição da vulnerabilidade. Este é o terceiro sentido, não mais a essência do ser que se abre para mostrar, mas a abertura é a vulnerabilidade de uma pele exposta, na ferida e na ofensa (LÉVINAS, 1993). A subjetividade expressa em vulnerabilidade do Eu (médico) suscita o desejo metafísico do Outro (doente) e interpela proximidade e responsabilidade infinita. E não poderia ser diferente num autor de tamanha sensibilidade que pode dialogar perfeitamente com a Bioética e com os seus principais documentos como a DUBDH, em que a vulnerabilidade também desponta conforme referido nesta pesquisa.

A partir de Lévinas, a relação que o médico tem com seu doente passará de uma relação expressamente dual para uma relação cuja responsabilidade inclui um Terceiro (família, instituição). Na perspectiva da justiça em Lévinas, o médico é socialmente responsável por todos os próximos do seu próximo, definindo então, dois níveis de cuidados: um concernente ao médico e ao seu doente, numa relação dual, e o Outro, a uma relação de justiça com o próximo do próximo. Nesse nível, poderão

estar todos aqueles que orbitam ao redor do doente e que, por tantas vezes, são negligenciados na prática médica.

A partir da filosofia de Emmanuel Lévinas, que contempla o Outro na sua infinita alteridade, propõe-se um novo modo de ser do médico para com o doente. Há que existir proximidade, disponibilidade, preocupação por ele em meio à fraternidade. A prática médica não pode prescindir do princípio de justiça, que exige superar os preconceitos, o distanciamento físico e ético para que o doente se transforme no próximo, de maneira que a proximidade se expresse em humanidade. No universo da Bioética, a ponte de Potter ou a terceira margem de Rosa se unirão ao infinito levinasiano a partir da categorização da vulnerabilidade. Ribeiro Júnior (2012, p. 199) pontua que “[...] a vulnerabilidade se revela como categoria central do próprio aparecer do Rosto, já que no âmbito da relação com Outrem, o Rosto se mostra na sua absoluta nudez de Outrem”. Esta pesquisa ache a categorização proposta por Ribeiro Júnior para a proposição da Bioética da Vulnerabilidade, advinda do pensamento levinasiano como proximidade, fraternidade, subjetividade caminho para um novo cuidar, um novo agir ético.

Afirma Ribeiro Júnior (2012, p. 198) que:

A bondade, portanto se expressa e se realiza na acolhida concreta de Outrem e no combate ao horror do mal. É desse modo, no seio da ambivalência, entre a manifestação da gratuidade do mal e a irrupção da santidade do Rosto, entre a violência da liberdade e a bondade suscitada por Outrem no interior do sujeito, que se abre um fecundo espaço para a recuperação da vulnerabilidade como categoria ética fundamental [...].

4.4 EM BUSCA DO OUTRAMENTE QUE SER

A partir das discussões realizadas nos capítulos anteriores procura-se, neste tópico, iniciar um exercício de pensar a relação médico-doente sob as luzes da sensibilidade, susceptibilidade ou no entender de Lévinas, vulnerabilidade. A questão latente que permeou as discussões apresentadas diz respeito à vulnerabilidade. Trazida já no título do trabalho, a vulnerabilidade deixou de ser, ao longo da recente história da Bioética, uma característica condicional e temporária para ser uma condição universal e permanente, como referida por Neves, M. C. P. (2006). Ou seja, introduzida no âmbito da pesquisa com humanos como característica atribuída a certas categorias da população, consideradas mais expostas e menos capazes de se

defender contra abusos e maus-tratos. Passa a condição universal, tornando-se fator de igualdade e de constante atenção no âmbito da assistência clínica e de políticas de saúde, vindo a integrar a DUBDH já referida no item 3.3.2 desta pesquisa.

A DUBDH tem como essência o respeito ao ser humano e foi determinante para a elaboração da Resolução n. 466/2012 (BRASIL, 2013), do Conselho Nacional de Saúde, que foi publicada em 13 de junho de 2013, no Diário Oficial da União, estabelecendo diretrizes éticas e científicas semelhantes àquelas abordadas na Declaração, incorporando referenciais bioéticos relevantes. Essa resolução aborda aspectos éticos da pesquisa, demonstrando o teor desse documento normativo com relação às garantias e às liberdades fundamentais em sua totalidade. Mais do que isso, visa assegurar que os interesses do indivíduo e o seu bem-estar tenham prioridade em relação ao interesse exclusivo da ciência ou da sociedade. Trata-se, também, da incorporação da DUBDH ao arcabouço legal brasileiro, conferindo segurança jurídica a pesquisadores, participantes de pesquisa e empresas. Outro ponto de relevância que coaduna com interesse demonstrado nesta pesquisa diz respeito ao fomento do ensino da Bioética. A DUBDH, em seu art. 23, procura estabelecer a conexão entre o campo da educação com o da Bioética ao considerar a informação, a formação e a educação em Bioética, prescrevendo a obrigação dos países signatários como o Brasil a apresentar às suas populações (especialmente aos jovens) em todos os níveis educacionais a formação e a educação em Bioética - perspectiva inovadora e necessária para possíveis mudanças de práticas na área da saúde.

Estes documentos são resultado de vários debates que se iniciaram já a partir do Código de Nuremberg e do Relatório Belmont, representando o esforço conjunto de vários estudiosos para a proteção da vida. Como pontuado por Neves, M. C. P. (2009, p. 2), no primeiro capítulo, é o despertar de uma nova consciência de se ser, de um apurado sentido do humano, que se interroga pelo “que devo fazer?” face ao “que posso fazer?” e dessas indagações surgiu a Bioética. Esses relatórios foram “modelo” para desenvolvimento das primeiras correntes da Bioética como o principialismo, por exemplo, fruto do Relatório Belmont. Essa corrente apresenta os Princípios de Autonomia, de Não Maleficência, de Beneficência e de Justiça voltados aos problemas éticos da saúde e a crítica a este modelo refere-se ao simplismo de sua proposta e à falta de hierarquização entre seus princípios. A bioética deliberativa apresenta os mesmos princípios, porém propondo hierarquia entre eles, cujos

princípios de Não Maleficência e de Justiça são superiores aos princípios de Autonomia e de Beneficência, por representarem o bem comum. Ao dar prioridade à justiça, reflete preocupação de um sistema que não se pauta pelo Princípio de Autonomia, mas mostra preocupação mais alargada com os demais membros da comunidade. Nessas duas correntes, a preocupação com a vulnerabilidade está voltada aos sujeitos de pesquisa. A vulnerabilidade passa a ser tratada especificamente por Schramm e Kottow, na bioética de proteção, que ao priorizar os vulnerados busca a igualdade ao aplicar a equidade como Princípio de Justiça. Já a bioética personalista faz um giro ético ao incorporar o Princípio de Solidariedade e Sociabilidade. Preocupada com o relativismo moral e com o individualismo, esta corrente defende “o ser no mundo com os outros” e, na capacidade do Eu em estabelecer relação com o Tu, pois somente por meio dessa relação é que se impede o individualismo subjetivista e o abandono do doente às suas dores e angústias. São questões que Lévinas também apresenta através da proximidade, na abertura do Eu ao Outro, no sentido de responsabilidade incondicional pelo Outro, na sensibilidade, na vulnerabilidade e no seu sentido de justiça.

O pensamento de Lévinas surge como uma importante contribuição na medida em que desnuda a realidade anti-humanista da contemporaneidade, construída no egoísmo e na satisfação de necessidades individuais. Em “Linguagem e Proximidade”, texto de 1967, Lévinas introduz um novo elemento na descrição da sensibilidade. A sensibilidade passa a ser abordada como “contato” e “proximidade” e a própria noção de Rosto ganha sua força. O contato é como a carícia, sensibilidade entendida como desinteressamento e gratuidade. Aproximar significa sentir, tocar, entrar em contato, é rosto e pele humana e “Seja qual for a mensagem transmitida pelo discurso, o falar é contato” (LÉVINAS, 1997, p. 274). Depois, a sensibilidade será apresentada em termos de fruição (gozo) e de ferida (sofrimento) e no seu conjunto como “vulnerabilidade” revelando a exposição aos prazeres e ultrajes do mundo. Subjetividade passa a ser descrita como exposição e vulnerabilidade, pele exposta ao ultraje do Outro que é, ao mesmo tempo, fruição e gozo, ferida e sofrimento.

Através da subjetividade, Lévinas apresenta a abertura ao Outro como vulnerabilidade, ponto nuclear desta pesquisa. Ao pensar o sentido do humano, esse autor abre caminho para pensar a subjetividade como Um-para-o-Outro na forma de responsabilidade tecida na sensibilidade como vulnerabilidade. Portanto, a compreensão da sensibilidade como exposição e vulnerabilidade cria as condições

para um pensar ético da subjetividade. Na proximidade com o Outro, a sensibilidade como vulnerabilidade inaugura uma nova relação ética, concebida não a partir de princípios universais, mas a partir do contato sensível que se faz na proximidade. Essa relação sensível de contato e proximidade está na base da responsabilidade ética pelo Outro.

Dessa forma, “Ao se reconhecerem como vulneráveis, as pessoas compreendem a vulnerabilidade do Outro, assim como a necessidade do cuidado, da responsabilidade e da solidariedade, e não a exploração dessa condição por Outrem” (MORAIS; MONTEIRO, 2017, p. 312). Abre-se, então, a perspectiva de Roselló (2009), no qual há que existir alegria na responsabilidade compartilhada, na convivência e na solidariedade, e em Gadamer, para quem o cuidar dedicado e espiritual têm papel decisivo e em cada ação deve haver o diálogo e a comunhão entre o médico e o doente. Aprender a aceitar o estado de dependência em relação ao Outro, considerando o próprio “Ser-aí” humano de cada um parece ser a ajuda que o ser humano pode encontrar.

Ao se tratar da vulnerabilidade, surge outra dimensão que está em íntima relação com esse princípio: a justiça. Esse tema nunca conseguiu obter uma unanimidade e sempre suscitou discussões filosóficas conflitantes de concepções diferentes de justiça expostas por diferentes autores apresentados nos capítulos anteriores. Para Beauchamp e Childress (2013), em políticas de saúde, deve-se aplicar o utilitarismo definido como o maior benefício para a maioria das pessoas. Em contraponto, o filósofo John Rawls, em sua obra “Uma Teoria de Justiça”, constrói um conceito de justiça que se desenvolve numa sociedade onde todos aceitam os mesmos princípios e, por isto, estabelecem um contrato social (contratualismo). Os legisladores, por sua vez, teriam um véu da ignorância, que os impediria de propor regras que favorecessem mais a uns que a outros. Os dois princípios de justiça escolhidos e determinados por Rawls são: o Princípio da Liberdade Igual, que garante ampla liberdade e direitos, e o Princípio da Diferença, assegurando que desigualdades na distribuição de riqueza e renda só serão aceitas se beneficiarem os menos favorecidos. Essa é uma garantia de que o utilitarismo não poderia dar. Essa teoria baseia-se na certeza da reciprocidade de seus integrantes e é uma alternativa ao utilitarismo que, segundo esse autor, é uma ameaça aos direitos individuais.

Afastando-se da visão contratualista e autonomista que tanto Beauchamp Childress quanto John Rawls apresentam, surge a teoria de Lévinas e Joseph Pieper.

Em Lévinas, a justiça se realiza quando o Terceiro interrompe relação entre o Eu e o Outro para dar lugar à proximidade entre os homens. Dessa ideia de sociedade, de responsabilidade pelo Outro e pelos Outros que se apresentam como Terceiros, surge a noção de justiça. Para este autor, teorias da justiça inspiradas na autonomia não são capazes de concretizá-la. Lévinas não vê o aparecimento do Estado e da Justiça como as concepções contratualistas que se fundamentam em princípios universais. Seu pensamento de justiça não se constrói por contratos, mas resulta da responsabilidade que o Rosto do Outro ou de Outros faz ao Eu. A justiça não parte do universal, mas do singular, que não é o Eu, mas o Outro. É da relação Eu-Outro que nasce o Estado como instrumento de realização da justiça, que tem o Outro como limite.

O conceito de justiça de Josef Pieper, referido no segundo capítulo, aproxima-se do ideal de Justiça de Lévinas ao apresentá-la como virtude, que só pode ser exigida de uma pessoa singular e por ela realizada. Considerada por esse autor como "arte de conviver", significa que cada um recebe o que lhe é devido: "A cada um o que é seu" e que haja alguém a quem algo é devido e que aquele que é convidado a exercer a justiça aceite esse dever. A garantia e proteção deste princípio deve ser intrínseca ao poder. Quando é impossível dar ao Outro aquilo que lhe é devido, a piedade deve entrar no lugar da Justiça. Tanto Pieper quanto Lévinas encontram na via da sensibilidade o caminho para a justiça. Lévinas, autor escolhido, convida à mudança e apresenta uma proposta de paz onde sensibilidade é vulnerabilidade e é nessa abertura que o homem encontrará o seu próprio sentido.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho buscou fundamentação para uma delicada relação: o médico e o doente. Neste caminho o infinito de Emmanuel Lévinas que se revela e irrompe no Rosto fez deste encontro uma grata surpresa. Como mostrou a análise histórica apresentada ao longo de toda esta pesquisa, esta relação tornou-se um enorme desafio principalmente em tempos atuais onde tudo passou a ser efêmero e substituível, inclusive o ser humano. Vive-se um tempo onde a nanotecnologia ou a exploração do espaço retratam concretamente esta falta de um lugar onde se pode aportar. Porém a vida humana continua a mesma às vezes mais alongada mas mesmo assim humana e finita.

Ao conceber a liberdade como acolhimento do Outro Lévinas se distancia da ontologia e invoca a proximidade, não como um estado de consciência, mas como uma relação que clama por justiça e responsabilidade. Com este rosto, Lévinas primeiramente instaura a ética como “filosofia primeira”, para depois mostrar que no rosto do outro é apelo à responsabilidade e à justiça e proximidade é o sentido mais profundo da vida humana e anterior à consciência.

A Bioética foi o ponto de partida que ajudou a construir a trajetória desta relação e do sentir humano em sua existência. A prática médica acompanha a história da humanidade e não poderia ser diferente, trajetória esta que tem sofrido consideráveis mudanças. O século XX e neste início de século XXI a humanidade experimentou um intenso e revolucionário desenvolvimento e isto têm interferido na intermediação do trabalho médico. Alguns desses fatores têm provocado profundas mudanças na relação médico-doente, modificando-a e, muitas vezes, acarretando dificuldades para os dois lados. Dados verificados em pesquisas mostradas na seção 2.4 deste trabalho explicam parte desta disfunção e apontam a necessidade de aprofundarem-se as discussões sobre essa relação, fato conhecido por todos os profissionais da área. O vocabulário médico-técnico e especializado ou até mesmo o tempo de consulta muito curto dificultam o estabelecimento de vínculos e criam obstáculos, acarretando dilemas éticos cada vez mais frequentes.

A bioética principialista, baseada na obra de Beauchamp e Childress, tem norteado as discussões e decisões na área da saúde. O mesmo vem ocorrendo com a bioética deliberativa, de Diego Gracia, na qual o autor estabelece uma

hierarquização de valores, cujos Princípios de Não Maleficência e de Justiça são superiores aos Princípios de Autonomia e de Beneficência, pois estes, na perspectiva de Gracia, representam o bem comum e se fundamentam no Princípio de Universalidade. Enfática e fundamental foi também, nesse cenário, a contribuição da recente proposta da bioética de proteção, formulada por Schramm e Kottow, ao aprofundar a questão dos problemas morais envolvidos pela vulnerabilidade humana que, como princípio, a partir de 2005, passa a ser expressa no art. 8º da Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos da Unesco. A bioética de proteção tem como questão principal a vulnerabilidade social, preocupação que deve permear os cuidados em saúde priorizando a justiça social, principalmente numa sociedade tão desigual quanto a brasileira. A bioética personalista, de Sgreccia, vem igualmente formar um arcabouço teórico cujos princípios podem estar presentes em uma possível bioética da vulnerabilidade, que venha a contemplar categorias como a solidariedade e visão integral do ser humano. Por outro lado, e, mais importante, as próprias mudanças na convivência entre as pessoas têm alterado substancialmente os fundamentos da relação médico-doente. Nesse processo de interação humana, o Princípio de Solidariedade, a preocupação com a alteridade e a vulnerabilidade constituem os fundamentos da prática clínica, consolidando o adequado relacionamento entre o médico e o seu doente.

Nesse contexto, é praticamente impossível imaginar hoje qualquer ação de um médico em que este deixe de pautar sua conduta a partir dos princípios básicos da Bioética. Para tanto, faz-se necessária a análise de sua atuação a partir de três contextos: o médico e o doente, o médico e as instituições de saúde e seu relacionamento com a sociedade. O médico deve conhecer a si mesmo suficientemente bem, de tal forma que seus problemas e preconceitos não perturbem a sensibilidade dessa relação. Esta pesquisa nos permitiu acreditar que o Princípio Bioético da Vulnerabilidade pode resultar em um grande avanço na relação médico-doente.

Ao avançar no trabalho de revisão da literatura, aspectos de relevância apontam a urgente necessidade de se introduzir a vulnerabilidade como um princípio também na relação médico-doente, assim como no envolvimento emocional mais intenso do médico na atenção a esse doente. Ao pretender-se ir além, buscou-se o universo de formação do médico por entender ser a universidade o espaço do exercício da ética e da transmissão, não apenas de conhecimentos, mas também de

valores como a responsabilidade pelo Outro e a solidariedade, caminho natural para a efetivação de uma educação transformadora que prepara pessoas para participarem como membros de uma estrutura social em convívio harmônico entre todos.

O estudo ressaltou um aspecto preocupante na formação do médico, que pode ser atribuído ao caráter fragmentado dessa formação, que pouco favorece a proximidade na relação médico-doente. Considera-se, ainda, que a especialização do profissional para tornar-se cada vez mais qualificado pode ocasionar um retrocesso no cuidado geral com a saúde e na prevenção de doenças. Nota-se com frequência uma evidente divisão entre o saber teórico do médico em geral e o saber prático, que deve consistir na aplicação desse saber a cada doente em especial. Para manter o equilíbrio entre os dois tipos de saberes, o médico não pode prescindir da valorização concomitante da prática e do estudo, ou seja, da ação e da reflexão. Torna-se imperativo aprender a demarcar a divisão que há entre o teórico, que sabe acerca da generalidade, e o prático, que deve atuar sempre especificamente na situação do doente. Nesse cenário, pode-se recorrer aos ensinamentos de Lévinas, pois, para este autor, é o singular que faz o universal por ser absolutamente Outro e a universalidade está no face a face.

Outro aspecto relevante apontado sobre a formação médica refere ao espaço reservado à Bioética na maioria das escolas médicas brasileiras. Ocorreu, nas últimas décadas, um aumento gradativo da oferta desta disciplina autônoma e a incorporação de seus conteúdos a outras disciplinas associadas mas mesmo assim ainda insuficientes. Ao introduzir a vulnerabilidade como um princípio e propô-la como uma corrente confere sua importância ampliando este debate para as universidades tornando-a matéria obrigatória tanto na graduação quanto na pós-graduação.

Ao se concentrar no histórico da relação médico-doente, verificou-se que a conquista da autonomia do doente também se deu por meio da via judicial, denotando a premente necessidade de um novo agir. A exposição no seio desta pesquisa da categoria de Totalidade permite estabelecer um paralelismo com o discurso médico, que também instaura uma consciência que discursa, conceitua, silencia e se apresenta como única possibilidade de verdade. Essa busca pela autonomia própria do doente é uma evidência do distanciamento na relação entre o médico e o doente, já apontado neste texto. Como lembra Gadamer, o diálogo não pode ser apenas um meio, mas deve ser também um fim, ou seja, o diálogo pode ser a própria cura.

Se a Totalidade se instaura, Lévinas opõe a ideia de infinito como abertura à alteridade e ruptura com a totalidade. O infinito é relação e traz a ideia do bem e da justiça. A partir de sua condição carnal e relacional, Lévinas resgata a sensibilidade e a alteridade, alijadas da filosofia ocidental para a reconstrução da subjetividade. A subjetividade é sensibilidade animada pelo espírito de hospitalidade e pela significação da responsabilidade, que responde à obrigação moral que, como Rosto, olha e questiona. Acolher o diferente respondendo: “Eis-me aqui!”. A proximidade pode surgir em cuidados de saúde, na relação do médico com o doente. Nesta exposição, virão à tona o acolhimento e a responsabilização incondicional que surgirão no interior do Eu médico, em sua intimidade. Dessa ideia de responsabilidade pelo Outro e pelos Outros que se apresentam como Terceiros no pensamento de Lévinas que surge a noção de justiça, expressada como uma responsabilidade incondicional, infinita e irrecusável do Eu e, na complexa malha de relações este Terceiro, pode-se figurar como a família do doente ou o sistema de saúde ao qual tanto médico como doente se vinculam.

Ao propor-se o pensamento do filósofo Emmanuel Lévinas, pretendeu-se dar fundamentação a essa relação original por ser este um filósofo da contemporaneidade que situa a Ética como filosofia primeira e a abertura ao acolhimento e à responsabilidade do Eu perante o Outro como irrestritos. Lévinas, obstinado com a questão do humano sob o risco da desumanização, propõe que através da sensibilidade, do Eu ao Outro, na saída do “Em-si-mesmo”, é que o homem se torna responsável pelo seu próximo e encontra o seu próprio sentido. Na abertura do Eu ao Rosto do Outro, na concretização da relação e da ética da alteridade é possível superar a indiferença. Prata (2012, p. 190) realça: “O Outro não é apenas uma presença que percebo, como queria Sartre; o Outro é uma obrigação que tenho para servi-lo, tanto mais em condições que envolvam cuidados de saúde, para só assim saber-me.” Essa é a luz a ser revelada nesta pesquisa: a condição carnal humana ou sua vulnerabilidade que expõe o Eu ao Outro, cujo sentido ético é o descobrimento de si mesmo, sinceridade, ruptura da interioridade, vulnerabilidade. Subjetividade é vulnerabilidade, exposição a ser ferido, sensibilidade, desinteresse, proximidade; isto posto, implica acolher a alteridade no encontro face a face.

Lévinas convida a ir além do dever que o Eu possui para assumir sua responsabilidade pelo Outro e pelos Outros. O sentido do humano se dá no acolhimento e na responsabilização pelo próximo. É o sentido do cuidado que Roselló

(2009) preconiza e é exposto nesta pesquisa. Buscou-se, ainda, ir ao encontro de uma categoria essencial tanto para a relação aqui discutida quanto para a Bioética: trata-se da vulnerabilidade. Hossne (2009, p. 45) transcreve: “[...] precisamos sentir nossa vulnerabilidade para afirmar nossa humanidade”. A vulnerabilidade como um princípio deve ser alçada a uma corrente própria tal é a sua importância para a reflexão ética - a bioética da vulnerabilidade cujos princípios já foram debatidos nesta pesquisa e que poderiam estar presentes como os Princípios da Responsabilidade, da Proteção, da Alteridade e da Solidariedade/subsidiariedade. Hossne pontua que foi justamente por considerar a vulnerabilidade do meio ambiente que Potter propôs a Bioética. Em cuidados de saúde, o doente não é um ser isolado. Por isso, pode ser afetado tanto na sua vulnerabilidade própria quanto pela vulnerabilidade do sistema ao qual ele se vincula. Emmanuel Lévinas pôde iluminar esta proposta de uma bioética da vulnerabilidade por reconstruir a subjetividade como acolhimento ao Outro e como espaço onde a proximidade conduzirá à justiça - e justiça para Lévinas é um sentido de pura responsabilidade. Ao falar sobre o Rosto, um Rosto que clama e exige justiça, o autor denuncia uma sociedade que nega a própria condição humana e enuncia uma compreensão de descoberta do Outro, de descoberta da alteridade. Ao sair de si mesmo e acolher o Outro, o sujeito encontra a si próprio, é nesta abertura ao Outro que ressurgem este novo Eu, um Eu-para-o-Outro. O próximo é irmão.

Portanto, a vulnerabilidade é importante e independe da autonomia, justiça ou de outros princípios. É através do reconhecimento da própria vulnerabilidade que se possibilita o encontro e a superação das fragilidades humanas. Esta carência do Outro é o alcance mais significativo da expressão da vulnerabilidade, em que o humano é social por condição e isoladamente não subsiste. Esse modo de ser exige um agir não violento, uma ação responsável e solidária, instaurando uma ética de fundamentação antropológica (NEVES, M. C. P. 2006). Essa visão alternativa àquela, centrada principalmente na autonomia individual, recupera a condição simbólica do ser humano e permite que se dê relevância às emoções, aos sentimentos e aos desejos, portanto, questões relativas à vida, mas que permanecem às margens da reflexão bioética. Isso tudo deve implicar em mútua ajuda para o enfrentamento das insuficiências. Diante da nudez mais nua expressa por Lévinas e no reconhecimento e encontro dessa realidade aparentemente paradoxal, que Paulo de Tarso formulou dizendo: “[...] quando sou fraco, então é que sou forte” (2 Coríntios 12:10).

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, Roberto Wagner Bezerra de. **A ética do ensino médico e o ensino da ética médica**. 1993, p. 118-124. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/biblioteca_virtual/des_etic/8.htm>. Acesso em: 15 dez. 2016.
- BALINT, Michael. **O médico, seu paciente e a doença**. Rio de Janeiro: Ed. Atheneu, 1988.
- BARBOSA, Flávio Alves. **Nas veredas do outro**: Subjetividade e educação em Emmanuel Lévinas. 2009. 119f. Dissertação (Mestrado em Ciências Humanas) - Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2009. Disponível em: <<https://repositorio.bc.ufg.br/tede/handle/tde/2077>>. Acesso em: 17 set. 2017.
- BEAUCHAMP, Tom L.; CHIDRESS, James F. **Princípios de ética biomédica**. Tradução Luciana Pudenzi. 3. ed. São Paulo: Loyola, 2013.
- BEECHER, Henry K. **Ethics and clinical research**. The New England Journal of Medicine, v. 274, n. 24, June 1966. Disponível em: <<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM196606162742405>>. Acesso em: 10 dez. 2017.
- BOFF, Leonardo. Prefácio. In: ARRUDA, Marcos. **Humanizar o infra-humano – a formação do ser humano integral**: Homo evolutivo, práxis e economia solidária. Petrópolis: Vozes, 2003.
- BRASIL. Resolução nº 1098 de 30 de junho de 1983. Resolve: Adotar o novo Texto da Declaração de Helsinque (Helsinque II) referente à pesquisa clínica. **Revista do Conselho Federal de Medicina**, v. 12, dez. 1981/out. 1984, 1983.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2013.
- CAPRARA, Andrea; LINS, Anamélia; FRANCO, Silva. A Relação paciente-médico: Para uma humanização da prática médica. **Caderno Saúde Pública**, v. 15, n. 3, p. 647-654, 1999.
- CARDOSO, Paulo Ricardo Cerveira. **Entre a ética e a tecnologia**: Um diálogo com Emmanuel Lévinas. 2008. Dissertação (Mestrado em filosofia) - Faculdade de Filosofia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2008.
- CINTRA, Benedito Eliseu Leite. Emmanuel Lévinas e a ideia do infinito. **Margem**, São Paulo, n. 16, p. 107-117, dez. 2002.
- CLAVREUL, Jean. **Ordem médica – poder e impotência do discurso médico**. São Paulo: Brasiliense, 1983.

COELHO, André. **Ser e tempo de Heidegger**. 2008. Disponível em: <www.aquitemfilosofiasim.blogspot.com.br>. Acesso em: 26 maio 2017.

COMPÊNDIO DA DOCTRINA SOCIAL DA IGREJA. **Conselho de “Justiça e Paz”**. Pontifício. Tradução CNBB. 7. ed. São Paulo: Paulinas, p. 111-115. 2011.

COUTINHO JORGE, Marco Antônio. **Discurso médico, discurso psicanalítico. Sexo e discurso em Freud e Lacan**. 1988. Disponível em: <http://www.academia.edu/26642210/Freud_Criador_da_Psicanalise_-_Marco_Antonio_Coutinho.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2016.

CRUZ, Márcio Rojas; OLIVEIRA, Solange de Lima Torres; PORTILLO, Jorge Alberto Córdón. A declaração universal sobre bioética e direitos humanos-contribuições ao Estado brasileiro. **Revista Bioética**, v. 18, n. 1, p. 93-107, 2010.

DANTAS, Flávio, SOUZA, Evandro Guimarães de. Ensino da deontologia, ética médica e bioética nas escolas médicas brasileira: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 4, p. 507-517. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n4/v32n4a14.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2016.

DEPARTAMENTO DE SALUD, EDUCACIÓN Y BIENESTAR. **Principios éticos y directrices para la protección de sujetos humanos de investigación**. Informe Belmont. Reporte de la Comisión Nacional para la Protección de Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y de Comportamiento, 1978.

DINI FILHO, Renê Hamilton. **Heidegger e o problema do solipsismo existencial: Uma leitura habermasiana**. 2009. Dissertação (Mestrado em filosofia). Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa Pós-Graduação da Universidade Federal de Catarina. 2009. Disponível em: <<http://repositório.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/93223>>. Acesso em: 15 ago. 2017.

DOS ANJOS, Márcio Fabri. A vulnerabilidade como parceira da autonomia. **Revista Brasileira de Bioética**, v. 2, n. 2, p. 173-186, 2006.

DUARTE, André. Por uma ética da precariedade: Sobre o traço ético de ser e tempo. **Natureza Humana**, v. 2, n. 1, p. 71-101, jun. 2000. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/nh/v2n1/v2n1a03.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2016.

DURAND, Guy. **Introdução geral à bioética. História, conceitos e instrumentos**. São Paulo: Loyola, 2003.

FERNANDES, João Claudio Lara. A quem interessa a relação médico-paciente. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 9, n. 1, p. 21-27, jan./mar. 1993.

FERREIRA, Debora Carvalho et al. A experiência do adoecer: Uma discussão sobre saúde, doença e valores. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 38, n. 2, p. 283-288, abr./jun. 2014.

FERRER, Jorge José; ÁLVAREZ, Juan Carlos. **Para fundamentar a bioética: Teorias e paradigmas teóricos na bioética contemporânea**. São Paulo: Loyola, 2005.

GADAMER, Hans Georg. **O caráter oculto da saúde**. Vozes. RJ. 2006.

_____. GRIECO, Agnese; LINGARDI, Vittorio. **Dove si nasconde la salute**. Milano: Cortina, 1994.

GARCIA, Juan José. **Bioética personalista e bioética principialista – Perspectivas**. 2012. Disponível em: <<https://www.bioeticaweb.com/bioactica-personalista-y-bioactica-principialista-perspectivas/>>. Acesso em: 2 jan. 2018.

GARRAFA, Volnei et al. Bioética e vigilância sanitária. **Revista de Direito Sanitário**, v. 18, n. 1, p. 121-139, mar./jun. 2017.

_____. OSELKA, Gabriel; DINIZ, Debora. Saúde pública, bioética e equidade. **Revista Bioética**, v. 5, n. 1, p. 27-35, 1997. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/361/462>. Acesso em: 15 set. 2017.

_____. SAADA, Alya; KOTTOW, Miguel. **Bases conceituais da Bioética – Enfoque latino-americano**. São Paulo: Gaia, 2006.

GIGLIO, Auro del. O preparo do médico e a comunicação com familiares sobre a morte. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 51, n. 1, p. 11-16, 2005.

GOLDIM, José Roberto. Bioética: Origens e complexidade. **Revista HCPA**, v. 26, n. 2, p. 86-92, 2006.

GOMES, Carla Silene Cardoso Lisbôa Bernardo. **Lévinas e o outro: A ética da alteridade como fundamento da justiça**. 2008. 90f. Dissertação (Mestrado em direito) - Programa de Pós-Graduação em Direito do Departamento de Direito da PUC-Rio – Teoria do Estado e Direito Constitucional, Rio de Janeiro, RJ, 2008.

GRACIA, D. **Fundamentos de bioética**. 2. ed. Coimbra: Ethica. 2007.

GUIMARÃES ROSA, João. **A terceira margem do rio**. In: _____. Primeiras Estórias. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1988, p.32.

HOSSNE, William Saad. Bioética – princípios ou referenciais?. **Mundo Saúde**, v. 30, n. 4, p. 673-676, out./dez. 2006.

_____. Dos referenciais da Bioética – a Vulnerabilidade. **Bioethikos**, Centro Universitário São Camilo, v. 3, n. 1, p. 41-51, 2009.

KOTTOW, Miguel. História da ética em pesquisa com seres humanos. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 2, p. 7-18, dez. 2008.

LAVIOLA, Bruno Rocha Pereira. **O ser que cuida e é cuidado na perspectiva do dasein de Heidegger**. Monografia (Licenciado em Filosofia) - Instituto São Tomás de Aquino, Belo Horizonte, 2013.

LÉVINAS, Emmanuel. **Ética e infinito**: Diálogo com Philippe Nemo. Tradução João Gama. Coleção Biblioteca de Filosofia Contemporânea. Lisboa: Edições 70, 1988.

_____. **Humanismo do outro homem**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1993.

_____. **Descobrimo a existência com Husserl e Heidegger**. Tradução Fernanda Oliveira. Lisboa: Inst. Piaget, 1997.

_____. **De Deus que vem a idéia**. Tradução Pergentino Stefano Pivatto, Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

_____. **Entre nós. Ensaio sobre a alteridade**. Tradução Pergentino Stefano Pivatto, 5. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

_____. **Deus, a morte e o tempo**. Tradução de Fernanda Bernardo. Lisboa: Edições 70, 2012.

_____. **Totalidade e infinito**. 3. ed. Lisboa: Edições 70, 2017.

MAGALHÃES, José Luiz Quadro. **A nova democracia e os direitos fundamentais**, 2005. Disponível em: <<http://www.cadireito.com.br/artigos/art01.htm>>. Acesso em: 19 mai. 2016.

MEIRA, Affonso Renato; CUNHA, Marylu Motta e Silva. O ensino da ética médica em nível da graduação nas faculdades de medicina do Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 18, n. 1, p. 7-10, 1994.

MELLO, Thiago de. A verdadeira vida. In: _____. **Faz escuro mas eu canto**. 17. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999.

MIRANDA, José Valdinei Albuquerque. **Ética da alteridade e educação**. Tese (Doutorado em educação) - Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul 2008. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/14654/000658924.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 16 set. 2017.

_____. Sensibilidade ética em Emmanuel Lévinas. **KÍNESIS - Revista de Estudos dos Pós-Graduandos em Filosofia**, v. 3, n. 6, p. 170-183, dez. 2011.

MORAIS, Talita Cavalcante Arruda de; MONTEIRO, Pedro Sadi. Conceitos de vulnerabilidade humana e integridade individual para a bioética. **Revista Bioética**, v. 25, n. 2, p. 311-319, 2017.

NEVES JÚNIOR, Waldemar Antônio das; ARAÚJO, Laís Zaú Serpa de; REGO, Sérgio. Ensino de bioética nas faculdades de medicina no Brasil. **Revista Bioética**, v. 24, n. 1, p. 98-107, 2016. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/1089>. Acesso em: 30 dez. 2017.

NEVES, Maria do Céu Patrão. O que é a Bioética. **Cadernos de Bioética**, Coimbra, 11, p. 7-27, 1996.

_____. Sentidos da vulnerabilidade: Característica, condição, princípio. **Revista Brasileira de Bioética**, v. 2, n. 2, p. 157-172, 2006.

_____. A fundamentação antropológica da bioética. **Revista Bioética**, v. 4, n. 1, p. 7-16, 2009. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/392>. Acesso em: 22 set. de 2017.

NEVES, Nedy Cerqueira. **Ética para futuros médicos: É possível ensinar?** Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2006.

NODARI, Paulo César. O rosto como apelo à responsabilidade e à justiça em Levinas. **Síntese – Revista de Filosofia**, v. 29, n. 94, p. 191-220, 2002.

OLIVEIRA, Aline Albuquerque. S. de. Bioética e direitos humanos: Tratamento teórico da interface. **Revista Direito Sanitário**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 65-94, mar./jun. 2010.

OLIVEIRA, José Ricardo de; FERREIRA, Amauri Carlos; REZENDE, Nilton Alves de. Ensino de bioética e cuidados paliativos nas escolas médicas do Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 37, n. 2, p. 285-290, 2013.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E A CULTURA. **Declaração universal sobre bioética e direitos humanos**. Paris, 2006. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180por.pdf>>. Acesso em: 25 maio 2016.

PEREIRA, Ivo Studart. Mundo e sentido na obra de Viktor Frankl. **PSICO, Federal do Ceará**, v. 39, n. 2, p. 159-155, abr./jun. 2008.

PERESTRELLO, Danilo. **A medicina da pessoa**. Rio de Janeiro: Ed. Atheneu, 1989.

PESSINI, Leo. As origens da bioética: Do credo. Bioético de Potter ao imperativo de Fritz Jahr. **Revista Bioética**, v. 21, n. 1, p. 9-19, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/bioet/v21n1/a02v21n1.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2017.

_____. BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de. **Problemas atuais de bioética**. São Paulo: Loyola, 2005.

PIEPER, Josef. **As virtudes cardeais revisitadas**. Tradução Jean Lauand. International Studies on Law and Education, CEMOrOc-Feusp / IJI-Universidade. do Porto 11 mai./ago., 2012.

PLATAFORMA BRASILEIRA DE DIREITOS HUMANOS ECONÔMICOS, SOCIAIS, CULTURAIS E AMBIENTAIS. **Relatório brasileiro sobre direitos humanos, econômicos, sociais e culturais**. 2003. Disponível em:

<http://www.dhnet.org.br/dados/relatorios/r_adhescas_br/relatores_plataforma_dhesc_br_2003.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2017.

POTTER, Van Rensselaer. **Bioética: Ponte para o futuro**. São Paulo: Loyola, 2016.

PRATA, Henrique Moraes. **Enfermidade e infinito: Direitos da personalidade do paciente terminal**. 2012. 238f. Tese (Doutorado em direito) – Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, 2012.

REICH, W. T. **Encyclopedia of bioethics**. 2. ed. New York: MacMillan, 1995.

RELATÓRIO BELMONT. **The encyclopedia of bioethics**. New York: Simon & Schuster, Macmillan; 1995.

RIBEIRO JÚNIOR, Nilo. **Sabedoria da paz: Ética e teológica em Emmanuel Lévinas**. São Paulo: Edições Loyola, 2008.

_____. A teologia moral diante da dor do outro. In: ZACHARIAS, Ronaldo; PESSINI, Leo (Orgs). **Ser e fazer. Teologia moral: Do pluralismo à pluralidade, da indiferença à compaixão**. Aparecida, SP: Santuário, São Camilo, 2012.

_____. **A hermenêutica da bioética e a bioética como deuterose da vida. Bioética: vida e morte**. 2. ed. Belo Horizonte: Ed. PUC Minas, 2016.

ROCHA, Zeferino. A ontologia Heideggeriana do cuidado e suas ressonâncias clínicas. **Síntese: Revista de Filosofia**, v. 38, n. 120, p. 71-90, 2011.

RODRIGUES, Tiegüe Vieira. **A categoria da alteridade: Uma análise da obra totalidade e infinito, de Emmanuel Lévinas**. 2007. 115f. Dissertação (Mestrado em Filosofia) - Faculdade de Filosofia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

ROSELLÓ, Francesc Torralba i. **Antropología do cuidar**. Tradução Guilherme Laurito Summa. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

RUSSEL, Bertrand. **The bomb and civilization**. MacMaster University. 1955. 2005. Disponível em: <www.humanities.mcmaster.ca/~russel/brbomb.htm>. Acesso em: 20 set. 2017.

SAKAMOTO, Bernardo Alfredo Mayta. Por uma educação bioética. In: SIMPÓSIO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, XX SEMANA PEDAGÓGICA, 1., 2008, Cascavel. **Anais...** Cascavel: Unioeste, 2008.

SANTOS, Boaventura de Sousa. Um discurso sobre ciências na transição para uma ciência pós-moderna. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 46-71, maio/ago. 1988.

_____. **Um discurso sobre as ciências**. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

SCHRAMM, Fermin Roland. Bioética da proteção: Ferramenta válida para enfrentar problemas morais na era da globalização. **Revista Bioética**, v. 16, n. 1, p. 11-23, 2008.

_____. KOTTOW, Miguel. Princípios biomédicos en salud pública: Limitaciones y propuestas. **Caderno de Saúde Pública**, v. 17, n. 4, p. 949-956, jul./ago. 2001. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csp/v.17n.4/5301.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2017.

_____. PALÁCIOS, Marisa; REGO, Sérgio. O modelo bioética principialista para análise da moralidade da pesquisa científica envolvendo seres humanos ainda é satisfatório? **Revista Ciências e Saúde Coletiva**, v. 13, n. 2, p. 361-370, mar./abr. 2008.

SGRECCIA, Elio. **Manual de bioética – aspectos médico-sociais**. São Paulo: Loyola, 2014.

SIMPSON, Michael et al. Doctor-patient communication: The Toronto consensus statement. **BMJ: British Medical Journal**, v. 303, n. 6814, p. 1385-1387, Nov. 1991.

SIQUEIRA, José Eduardo de. Ensaio sobre vulnerabilidade humana. **Revista Brasileira de Bioética**, v. 2, n. 2, p. 220-236, 2006.

_____. Educação médica em bioética. **Revista Brasileira de Bioética**, v. 3, n. 3, p. 304, 2007. Disponível em: <<https://bioetica.catedraunesco.unb.br/wp-content/uploads/2016/09/RBB-2007-33.pdf>>. Acesso em: 5 fev. 2017.

_____. A bioética e a revisão dos códigos de conduta moral dos médicos no Brasil. **Revista Bioética**, v. 16, n. 1, p. 85-95, 2008.

_____. O ensino da ética o curso de medicina. *O Mundo saúde*, 33(1), p. 8-20. 2009.

SMITH, Richard. Why are doctors so unhappy?. **The BMJ**, v. 322, p. 1073-1074, May 2001.

SONTAG, Susan. **Illness as metaphor**. New York: Farrar, Straus & Giroux, 1978. 87p.

STARZEWSKI JÚNIOR, Alberto; ROLIM, Luiz Clemente; MORRONE, Luiz Carlos. O preparo do médico e a comunicação com familiares sobre a morte. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 51, n. 1, p. 11-16, jan./fev. 2005.

WAGNER, Luiz P. **Breve biografia de Lévinas**. 2006. Disponível em: <<http://www.cebelonline.hpg.com.br>>. Acesso em: 2 out. 2016.